Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichtes des IQTIG zur Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2018 gemäß QSKH-RL zur Veröffentlichung

Vom 7. Oktober 2020

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. Oktober 2020 die Freigabe des Abschlussberichtes des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2018 gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) beschlossen.

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

Berlin, den 7. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Prof. Dr. Pott

Anlage zum Beschluss

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zur Datenvalidierung 2019 (nach QSKH-RL)

Erfassungsjahr 2018

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 3. September 2020

Impressum

Thema:
Bericht zur Datenvalidierung 2019 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2018

Ansprechpartnerin:
Anna Maria Steinmann

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
15. Juni 2020, aktualisierte Fassung vom 3. September 2020

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
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 7
Abbildungsverzeichnis ... 11
Abkürzungsverzeichnis ... 14
Zusammenfassung ... 15
1 Einleitung ... 31
2 Methodik ... 33
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 34
2.1.1 Statistische Basisprüfung (§ 9 Abs. 2 QSKH-RL) ... 34
2.1.2 Durchführung der statistischen Basisprüfung ... 35
2.1.3 Bewertung der Datenvalidität bei den Auffälligkeitskriterien ... 37
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und gezielter Datenabgleich ... 37
2.2.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (§ 9 Abs. 4 QSKH-RL) ... 37
2.2.2 Gezielter Datenabgleich (§ 9 Abs. 3 QSKH-RL) ... 38
2.2.3 Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich und des gezielten Datenabgleichs ... 40
2.2.4 Bewertung der Datenvalidität ... 41
3 Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs ... 44
3.1 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW) ... 44
3.1.1 Umfang des gezielten Datenabgleichs ... 44
3.1.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern ... 45
3.1.3 Maßnahmen und Rückmeldungen der auf Landesebene beauftragten Stellen ... 51
3.1.4 Ergebnisse zum Häufigkeitskriterium ... 52
3.2 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK) ... 54
3.2.1 Umfang des gezielten Datenabgleichs ... 54
3.2.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern ... 55
3.2.3 Maßnahmen und Rückmeldungen der auf Landesebene beauftragten Stellen ... 74
3.2.4 Ergebnisse zum Häufigkeitskriterium ... 75

3.3 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH) ... 76
3.3.1 Umfang des gezielten Datenabgleichs ... 76
3.3.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern ... 76
3.3.3 Maßnahmen und Rückmeldung der auf Bundesebene beauftragten Stelle ... 87
3.3.4 Ergebnisse zum Häufigkeitskriterium ... 88
4 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich ... 90
4.1 Neonatologie (NEO) ... 90
4.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung ... 90
4.1.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern ... 92
4.1.3 Maßnahmen und Rückmeldung der auf Landesebene beauftragten Stellen ... 109
4.2 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU) ... 110
4.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung ... 111
4.2.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern ... 111
4.2.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich ... 119
4.3 Ergebnisse des Häufigkeits- und Relevanzkriteriums ... 122
5 Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung ... 128
5.1 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 128
Indirekte QS-Verfahren ... 130
5.1.1 Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL) ... 137
5.1.2 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV) ... 139
5.1.3 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09n4-DEFI-IMPL) ... 140
5.1.4 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT) ... 142
5.1.5 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP) ... 143
5.1.6 Mammachirurgie (18n1-MAMMA) ... 144
5.1.7 Geburtshilfe (16n1-GEBH) ... 146
5.1.8 Neonatologie (NEO) ... 147
5.1.9 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK) ... 150
5.1.10 Hüftendoprothesenversorgung (HEP) ... 152
5.1.11 Knieendoprothesenversorgung (KEP) ... 154

5.1.12 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK) ... 156
5.1.13 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) ... 158
Direkte QS-Verfahren ... 162
Herzchirurgie ... 167
5.1.14 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH) ... 168
5.1.15 Aortenklappenchirurgie, isoliert ... 169
5.1.16 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB) ... 172
Transplantationsmedizin ... 173
5.1.17 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme ... 174
5.1.18 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) ... 177
5.1.19 Lebertransplantation (LTX) ... 178
5.1.20 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D) ... 179
5.2 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 180
Indirekte QS-Verfahren ... 185
5.2.1 Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL) ... 193
5.2.2 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW) ... 195
5.2.3 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV) ... 196
5.2.4 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09n4-DEFI-IMPL) ... 198
5.2.5 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW) ... 200
5.2.6 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6-DEFI-REV) ... 201
5.2.7 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT) ... 203
5.2.8 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP) ... 204
5.2.9 Mammachirurgie (18n1-MAMMA) ... 205
5.2.10 Geburtshilfe (16n1-GEBH) ... 207
5.2.11 Neonatologie (NEO) ... 208
5.2.12 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK) ... 210
5.2.13 Hüftendoprothesenversorgung (HEP) ... 211
5.2.14 Knieendoprothesenversorgung (KEP) ... 215
5.2.15 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK) ... 218

5.2.16 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) 220
Direkte QS-Verfahren 222
Herzchirurgie 229
5.2.17 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) HCH-AORT-KATH 229
5.2.18 Herzchirurgie (HCH-D) 231
Transplantationsmedizin 232
5.2.19 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-D) 232
5.2.20 Herztransplantation (HTXM-TX) 234
5.2.21 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU) 235
5.2.22 Lungen- und Herzlungentransplantation (LUTX) 237
5.2.23 Lebertransplantation (LTX) 238
5.2.24 Leberlebendspende (LLS) 240
5.2.25 Nierenlebendspende (NLS) 242
5.2.26 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D) 243
Literatur 246

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verfahren und Standorte des gezielten Datenabgleichs (EJ 2018) 16
Tabelle 2: Ausgewählte Ergebnisse zu Datenfeldern mit niedrigen Übereinstimmungsraten und bundesweite Übereinstimmungsrate des jeweiligen Auswertungsmoduls zum gezielten Datenabgleich (EJ 2018) 17
Tabelle 3: Verfahren und Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 20
Tabelle 4: Ausgewählte Ergebnisse zu Datenfeldern mit niedrigen Übereinstimmungsraten und bundesweite Übereinstimmungsrate des jeweiligen Auswertungsmoduls zum Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (EJ 2018) 20
Tabelle 5: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2018 23
Tabelle 6: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2018 27
Tabelle 7: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität 37
Tabelle 8: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW): Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs 2019 (EJ 2018) und Ergebnisse des Vorjahres aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2018 (EJ 2017) 46
Tabelle 9: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK): Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs 2019 (EJ 2018) und Ergebnisse des Vorjahres aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2018 (EJ 2017) 56
Tabelle 10: Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH): Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs 2019 (EJ 2018) und Ergebnisse des Vorjahres aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2018 (EJ 2017) 77
Tabelle 11: Neonatologie (NEO): Stichprobenumfang je Bundesland 91
Tabelle 12: Neonatologie (NEO): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018) 92
Tabelle 13:Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018) 111
Tabelle 14: Einzelereignisse und die Anzahl dessen Auftretens und Unterdokumentation 124
Tabelle 15: Unterdokumentierte Einzelereignisse der Standorte, die in einem gezielten Datenabgleich erneut überprüft werden müssen. 127
Tabelle 16: Alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, die wiederholte rechnerische Auffälligkeiten und wiederholte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen 136
Tabelle 17: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL 138
Tabelle 18: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV 139
Tabelle 19: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL 141

Tabelle 20: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT 142
Tabelle 21: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP 143
Tabelle 22: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA 145
Tabelle 23: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH 147
Tabelle 24: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul NEO 149
Tabelle 25: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK 151
Tabelle 26: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HEP 153
Tabelle 27: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul KEP 155
Tabelle 28: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul DEK 157
Tabelle 29: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNEU 160
Tabelle 30: Alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren, die wiederholte rechnerische Auffälligkeiten und wiederholte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen 167
Tabelle 31: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KCH 168
Tabelle 32: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH 170
Tabelle 33: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-CHIR 171
Tabelle 34: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KOMB 172
Tabelle 35: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX 174
Tabelle 36: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTX-MKU 176
Tabelle 37: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LUTX 177
Tabelle 38: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LTX 178
Tabelle 39: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNTX-D 179

Tabelle 40: Auswertungen des Strukturierten Dialogs differenziert nach den 4 Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren insgesamt 187
Tabelle 41: Alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren, die wiederholte rechnerische Auffälligkeiten und wiederholte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen 191
Tabelle 42: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL 194
Tabelle 43: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW 195
Tabelle 44: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV 197
Tabelle 45: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL 199
Tabelle 46: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n5-DEFI-AGGW 200
Tabelle 47: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV 202
Tabelle 48: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT 203
Tabelle 49: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP 205
Tabelle 50: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA 206
Tabelle 51: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH 207
Tabelle 52: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NEO 209
Tabelle 53: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK 210
Tabelle 54: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP 213
Tabelle 55: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP (Zählleistungsbereiche) 214
Tabelle 56: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP 216
Tabelle 57: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP (Zählleistungsbereiche) 217
Tabelle 58: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul DEK 219
Tabelle 59: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul PNEU 221

Tabelle 60: Auswertungen des Strukturierten Dialogs differenziert nach den 4 Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren insgesamt 224
Tabelle 61: Alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren, die wiederholte rechnerische Auffälligkeiten und wiederholte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen 228
Tabelle 62: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH 230
Tabelle 63: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HCH-D 231
Tabelle 64: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-D 233
Tabelle 65: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX 234
Tabelle 66: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-MKU 236
Tabelle 67: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LUTX 237
Tabelle 68: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LTX 239
Tabelle 69: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LLS 241
Tabelle 70: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NLS 242
Tabelle 71: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul PNTX-D 244

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL 34
Abbildung 2: Fehldokumentationsrate der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2017 für das Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW) 44
Abbildung 3: Fehldokumentationsrate der Standorte nach gezieltem Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW) 53
Abbildung 4: Fehldokumentationsrate der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2017 für das QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK) 54
Abbildung 5: Fehldokumentationsrate der Standorte nach gezieltem Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK) 75
Abbildung 6: Fehldokumentationsrate der Standorte nach gezieltem Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH) 89
Abbildung 7: Fehldokumentationsrate der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU) 122
Abbildung 8: Fehldokumentationsraten der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Neonatologie (NEO) 123
Abbildung 9: Gewichteter Anteil der Unterdokumentationen der untersuchten Ereignisse der Krankenhausstandorte mit 90 %-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU). Relevante Dokumentationsfehler liegen vor, falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % liegt. Die Zahlen rechts geben die Anzahl der unterdokumentierten Ereignisse an allen in der Stichprobe laut Patientenakten eingetretenen Ereignissen an. 125
Abbildung 10: Gewichteter Anteil der Unterdokumentationen der untersuchten Ereignisse der Krankenhausstandorte mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Neonatologie (NEO). Relevante Dokumentationsfehler liegen vor, falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % liegt. Die Zahlen rechts geben die Anzahl der unterdokumentierten Ereignisse an allen in der Stichprobe laut Patientenakten eingetretenen Ereignissen an. 126
Abbildung 11: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2018 130
Abbildung 12: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2018 131

Abbildung 13: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2018 132
Abbildung 14: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2018 133
Abbildung 15: Anteil der Standorte mit fehlerhaften Dokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen für Auffälligkeitskriterien, bei denen weniger als 10 Stellungnahmen angefordert wurden und höchstens 10 rechnerische Auffälligkeiten vorlagen 135
Abbildung 16: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2018 162
Abbildung 17: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2018 163
Abbildung 18: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2018 165
Abbildung 19: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2018 166
Abbildung 20: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren 185
Abbildung 21: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren 186
Abbildung 22: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren 189
Abbildung 23: Häufigkeiten rechnerisch auffälliger Standorte und Standorte mit angeforderten Stellungnahmen sowie Standorte mit fehlerhafter Dokumentation und deren Anteil an den angeforderten Stellungnahmen in Prozent pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren 190
Abbildung 24: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren 222
Abbildung 25: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren 223

Abbildung 26: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren 226
Abbildung 27: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren 227

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums
ASA	American Society of Anesthesiologists
DF	Datenfeld
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Minimaldatensatz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	personenidentifizierende Daten
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SGB	Sozialgesetzbuch
UA QS	Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der im Jahr 2019 durchgeführten Datenvalidierung zum Erfassungsjahr (EJ) 2018 für die Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) der externen stationären Qualitätssicherung dargestellt. Das Datenvalidierungsverfahren bezieht sich dabei auf

1. den gezielten Datenabgleich,
2. das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und
3. die Statistische Basisprüfung.

Im Rahmen des **gezielten Datenabgleichs** wurden im Jahr 2019 die Standorte zum Erfassungsjahr 2018 erneut überprüft, die im Jahr 2018 (EJ 2017) im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich waren und die Kriterien für eine erneute Überprüfung erfüllt haben. Dies betrifft die Auswertungsmodule *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* (09n2-HSM-AGGW) und *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (17n1-HÜFT-FRAK). Im Auswertungsmodul *Koronarchirurgie, isoliert* (KCH-HCH) *wurden* zwei Standorte gemäß § 9 Abs. 3 Satz 3 Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)[1] im gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2018 überprüft. Insgesamt wurden demnach 44 Standorte im gezielten Datenabgleich überprüft (Tabelle 1). Gemäß § 9 Abs. 10 QSKH-RL erfolgte für das Erfassungsjahr 2017 für Standorte mit erheblich häufigen Dokumentationsfehlern noch keine Offenlegung gegenüber dem Lenkungsgremium auf Landesebene oder dem Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses, weshalb insgesamt 21 Standorte in einer Übergangsregelung in den gezielten Datenabgleich für das Erfassungsjahr 2018 eingeschlossen wurden.

Für das **Stichprobenverfahren mit Datenabgleich** wurden die Auswertungsmodule *Neonatologie* (NEO) und *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* (HTXM-MKU) ausgewählt: Bei einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und Fällen wurde die Übereinstimmung der übermittelten QS-Daten mit den Angaben in den Patientenakten vor Ort geprüft. Insgesamt wurden 31 Standorte überprüft (Tabelle 3).

In der **Statistischen Basisprüfung** wurde die Validität der übermittelten QS-Daten bei Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog für alle datenliefernden Leistungserbringer überprüft. Dabei wurden die Ergebnisse von insgesamt 64 Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit und 107 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zum Erfassungsjahr 2018 analysiert und bewertet.

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern / QSKH-RL). In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 27. März 2020, in Kraft getreten am 27. März 2020. URL: https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/ (abgerufen am: 27.05.2020).

1. Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs

In Tabelle 1 sind die überprüften Auswertungsmodule des gezielten Datenabgleichs aufgeführt, die im Vorjahr im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich waren. Von 115 Standorten des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2018 (EJ 2017) wurden 2019 (EJ 2018) 43 Standorte erneut überprüft und ein Standort, der nicht Teil des Stichprobenverfahrens zum Erfassungsjahr 2017 war. An diesen Standorten wurde eine erneute Zufallsstichprobe von Fällen gezogen. Insgesamt wurden 781 Fälle zweiterfasst (Tabelle 1).

Tabelle 1: Verfahren und Standorte des gezielten Datenabgleichs (EJ 2018)

	Gezielter Datenabgleich 2019 (EJ 2018)			Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017)		
Auswertungsmodul	**Anzahl geprüfter Standorte 2019 (EJ 2018)**	**Anzahl geprüfter Fälle 2019 (EJ 2018); (Reservefälle*)**	**Anzahl ausgewählter Datenfelder 2019 (EJ 2018)**	**Anzahl geprüfter Standorte 2018 (EJ 2017)**	**Anzahl geprüfter Fälle 2018 (EJ 2017)**	**Anzahl ausgewählter Datenfelder 2018 (EJ 2017)**
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)	10	117 (20)	19	48	612	17
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)	32	624 (251)	42	62	1.179	33
Koronarchirurgie, isoliert (KCH-HCH)	2	40 (20)	390	5	100	40

* Anzahl der Reservefälle, auf die notfalls zurückgegriffen werden konnte

Im Ergebnis des gezielten Datenabgleichs wurden im Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW von den 10 überprüften Standorten bei 8 Standorten weder besonders häufige noch erhebliche häufige Dokumentationsfehler festgestellt. Bei 2 Standorten waren die Dokumentationsfehler allerdings wiederholt erheblich häufig.

Im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK wurden nach gezieltem Datenabgleich bei 22 Standorten von 32 nicht erneut besonders häufige oder relevante Dokumentationsfehler festgestellt. Allerdings überschritten 10 Standorte zum wiederholten Mal die festgelegten Kriterien. 7 Standorte wiesen erneut besonders häufige und 3 Standorte erhebliche häufige Dokumentationsfehler auf.

Bezogen auf das Auswertungsmodul HCH-KCH lagen in beiden geprüften Standorten keine Fehldokumentationsraten von besonderer oder erheblicher Häufigkeit vor.

In den geprüften Krankenhausstandorten konnten Fehldokumentationen festgestellt werden, welche die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren (QIs) und der Risikoadjustierung ggf. beeinflussen. Die Übereinstimmungsraten zwischen den Angaben aus der Patientenakte und der QS-Do-

kumentation variierten bei einigen Datenfeldern (DF) stark. Über alle geprüften Standorte werden die Übereinstimmungsraten der Datenfelder je Auswertungsmodul in Kapitel 3 dargestellt. Ausgewählte Datenfelder mit niedrigen Übereinstimmungsraten werden bereits in Tabelle 2 genannt. Bei der Interpretation der Übereinstimmungsraten ist zu beachten, dass für einige Datenfelder nur sehr wenige Abgleichsergebnisse aus der Stichprobe vorliegen. Zur genauen Quantifizierung dieser statistischen Effekte können in Zukunft Vertrauensbereiche angegeben werden, wie im Bericht zum gezielten Datenabgleich vorgeschlagen (IQTIG 2020c).

Bezogen auf die bundesweite Übereinstimmungsrate der Auswertungsmodule lag diese mit 89,95 % im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK am niedrigsten (Tabelle 2). Die bundesweiten Übereinstimmungsraten der 3 Auswertungsmodule sind ähnlich zum Vorjahr, können aber aufgrund der neu eingeführten Gewichtung der Standorte nicht direkt miteinander verglichen werden.

Tabelle 2: Ausgewählte Ergebnisse zu Datenfeldern mit niedrigen Übereinstimmungsraten und bundesweite Übereinstimmungsrate des jeweiligen Auswertungsmoduls zum gezielten Datenabgleich (EJ 2018)

Auswertungsmodul	Auswahl von Datenfeldern mit niedrigen Übereinstimmungsraten bundesweit	Übereinstimmungsrate bundesweit[1]
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)	(DF 16): Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff: **74,8 %** (86/115)	**92,36 %**
	(DF 22.1): Vorhof: P-Wellen-Amplitude*: **89,3 %** (75/84)	
	(DF 24.1) Rechtsventrikuläre Sonde: R-Amplitude* **89,1 %** (82/92)	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)	(DF 14): Zeitpunkt der Fraktur*: **42,9 %** (6/14)	**89,95 %**
	(DF 19): Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor Fraktur): **72,0 %** (449/624)	
	(DF 38): Gehstrecke bei Entlassung*: **78,3 %** (470/600)	
	(DF 21) Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?: **74,0 %** (462/624)	
	Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen, hier: (DF 30.3): OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom*: **82,1 %** (23/28) (DF 30.9): sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen*: **67,9 %** (19/28)	

Auswertungsmodul	Auswahl von Datenfeldern mit niedrigen Übereinstimmungsraten bundesweit	Übereinstimmungsrate bundesweit[1]
Koronarchirurgie, isoliert (KCH-HCH)	(DF 12) klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation): **65,0 %** (26/40)	**90,65 %**
	(DF 14) Infarkt(e): **72,5 %** (29/40)	
	(DF 21) Einstufung nach ASA-Klassifikation: **27,5 %** (11/40)	

1 Die bundesweite Übereinstimmungsrate Auswertungsmodul berechnet sich unter Verwendung der gleichen Regeln für Filterfelder, abhängige Felder etc. wie für die Berechnung der Übereinstimmungsraten der Krankenhausstandorte. Bei der Berechnung der bundesweiten Übereinstimmungsrate werden seit dem Erfassungsjahr 2018 die unterschiedlichen Gesamtfallzahlen der untersuchten Krankenhausstandorte berücksichtigt (siehe Abschnitt 2.2.4).

* Abhängiges Kann-Feld. Diese Datenfelder müssen nur unter Erfüllung bestimmter Bedingungen ausgefüllt werden. Dementsprechend fällt die Anzahl einbezogener Fälle geringer aus.

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)

Die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder beträgt 92,36 %. Das DF 16 *Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff* wies mit 16,5 % (19/115) wie bereits bei Überprüfung im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2017 den höchsten Anteil nicht ersichtlicher Angaben aus der Patientenakte unter allen betrachteten Datenfeldern auf (siehe Anhang). Auch die Übereinstimmungsrate war mit 74,8 % (86/115) die niedrigste unter allen geprüften Datenfeldern. Fehldokumentationen bezüglich der vier Antwortmöglichkeiten lagen primär zwischen den Angaben „stationär, eigene Institution“ und „stationär, andere Institution“ vor. Ungefähr 12 % wurden fälschlicherweise als „stationär, eigene Institution“ und 40 % fälschlicherweise als „stationär, andere Institution“ für die QS dokumentiert. Auf die Indikatorberechnung haben die Dokumentationsfehler jedoch keine Auswirkungen, da beide Angaben in den Follow-up-Indikatoren gleichbehandelt werden.

Die Datenfelder, für die Messwerte eingegeben werden mussten, schwankten in der Übereinstimmung zwischen 89,1 % (z. B. DF 24.1 *Rechtsventrikuläre Sonde:* R-Amplitude) und 93,8 % (DF 23.1 *Rechtsventrikuläre Sonde:* Reizschwelle); ausgenommen die Pendants der Datenfelder mit der Angabe „…nicht gemessen“. Die Ergebnisse ähneln denen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich (Tabelle 8), daher scheinen die Datenfelder weiterhin eine Herausforderung für eine fehlerfreie Dokumentation darzustellen.

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)

Die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder beträgt 89,95 % und ist unter allen drei zweiterfassten Verfahren die niedrigste. Ein Datenfeld, welches für alle zweiterfassten Fälle dieses Auswertungsmoduls (n = 624) dokumentiert werden musste, ist die *Gehstrecke bei Aufnahme oder vor Fraktur*, welche nur in 72,0 % der Fälle richtig dokumentiert wurde und mit 20,5 % den höchsten Anteil „nicht ersichtlicher“ Angaben aus der Patientenakte aufweist (siehe Anhang). Im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2017

trat der höchste Anteil von „nicht ersichtlichen“ Angaben bei dem Datenfeld *Gehhilfen bei Aufnahme* auf, für welches in dieser Stichprobe jedoch alle Fälle ersichtliche Angaben in der Patientenakte aufwiesen. Insgesamt stellen die Datenfelder *Gehstrecke bei Aufnahme oder vor Fraktur* (DF 19) und *Gehstrecke bei Entlassung* (DF 38) weiterhin Datenfelder mit niedrigen Übereinstimmungsraten dar (Tabelle 9). Aber auch die korrekte Dokumentation des *Pflegegrads* (DF 21), welches nur eine Übereinstimmungsrate von 74,0 % (462/624) aufwies, scheint weiterhin eine Herausforderung. Von 159 Fällen, für welche in der QS-Dokumentation zu diesem DF dokumentiert wurde, die „Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt (Antwortkategorie = 9)“, war beispielsweise bei 86 Fällen, die fehlerhaft waren, eine Angabe in der Patientenakte vorhanden.

Auch Datenfelder, die nicht für alle Fälle dokumentiert werden mussten und deshalb nur eine kleine Grundgesamtheit haben, wiesen z. T. niedrige Übereinstimmungsraten auf, wie beispielsweise DF 14 *Zeitpunkt der Fraktur* mit 42,9 % (6/14), welches nur angegeben werden muss, wenn sich ein Frakturereignis während des akut-stationären Aufenthalts ereignete und zur Berechnung der präoperativen Verweildauer herangezogen wird.

Angaben zu spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen (DF 30.1–30.9) mussten beispielsweise für 28 Fälle dokumentiert werden. Die Übereinstimmung zum DF 30.3 *OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom* lag beispielsweise bei 82,14 % (23/28). 4 Fälle wurden fälschlicherweise für die QS dokumentiert und lagen gemäß Patientenakte nicht vor. Ein Fall wurde fälschlicherweise nicht für die QS und damit unterdokumentiert. Beim DF 30.9 *sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen* lag die Übereinstimmungsrate bei 67,86 % (19/28) und in 8 Fällen wurde fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert, obgleich eine „sonstige behandlungsbedürftige Komplikation“ in der Patientenakte vermerkt war.

Koronarchirurgie, isoliert (KCH-HCH)

Die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder beträgt 90,7 %. Das DF 21 *Einstufung nach ASA-Klassifikation* wies mit 27,5 % (11/40) die niedrigste Übereinstimmungsrate unter allen geprüften Datenfeldern auf, was darauf zurückzuführen ist, dass einer der beiden Standorte in allen 20 geprüften Fällen fehldokumentiert hatte. Doch auch der *klinische Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)* (DF 12) oder Angaben zu *Infarkt(e)n* wurden häufig fehldokumentiert (Tabelle 10) und gehören zu den Datenfeldern, die auch im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2017 häufig fehldokumentiert wurden. In Bezug auf die Dokumentation von Infarkten wurde beispielsweise in 7 der 11 Fälle für die QS angegeben, dass kein Infarkt vorgelegen hatte, obwohl in der Patientenakte ein Infarkt vermerkt war. In dieser Konstellation kann die Fehldokumentation zu einer Unterschätzung der Höhe des Risikoprofils der behandelten Patientengruppe führen und könnte deshalb bei der Einschätzung der risikoadjustierten Sterblichkeit zu einer schlechteren Beurteilung des Krankenhausstandorts führen.

2. Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wurden für das indirekte Auswertungsmodul *Neonatologie* 5 % der datenliefernden Krankenhausstandorte pro Bundesland ausgewählt und für das direkte Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen 5 % der datenliefernden Krankenhausstandorte bundesweit (Tabelle 3).

Tabelle 3: Verfahren und Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Auswertungsmodul	Anzahl geprüfter Standorte	Anzahl geprüfter Fälle (Reservefälle)	Anzahl ausgewählter Datenfelder
Neonatologie (NEO)	27	515 (233)	44
Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen (HTXM-MKU)	4	67 (25)	26

Im Ergebnis des gezielten Datenabgleichs wurden in beiden geprüften Verfahren bei keinem Standort Fehldokumentationen von besonderer oder erheblicher Häufigkeit festgestellt. Dies bedeutet, dass in Bezug auf das Häufigkeitskriterium kein Standort im gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2019 erneut überprüft werden muss. Ebenso muss kein Standort aufgrund des Häufigkeitskriteriums dem Lenkungsgremium auf Landes- oder Bundesebene benannt werden.

Die Übereinstimmungsraten zwischen den Angaben aus der Patientenakte und der QS-Dokumentation variierten bei einigen Datenfeldern stark. Über alle geprüften Standorte werden die Übereinstimmungsraten der Datenfelder je Auswertungsmodul in Kapitel 4 dargestellt. Ausgewählte Datenfelder mit niedrigen Übereinstimmungsraten werden bereits in Tabelle 4 aufgeführt. Bei der Interpretation der Übereinstimmungsraten ist zu beachten, dass für einige Datenfelder nur sehr wenige Abgleichsergebnisse aus der Stichprobe vorliegen. Zur genauen Quantifizierung dieser statistischen Effekte können in Zukunft Vertrauensbereiche angegeben werden, wie im Bericht zum gezielten Datenabgleich vorgeschlagen (IQTIG 2020c).

Die bundesweite Übereinstimmungsrate lag im Auswertungsmodul NEO bei 95,7 % und im Auswertungsmodul HTXM-MKU bei 92,1 % (Tabelle 4).

Tabelle 4: Ausgewählte Ergebnisse zu Datenfeldern mit niedrigen Übereinstimmungsraten und bundesweite Übereinstimmungsrate des jeweiligen Auswertungsmoduls zum Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (EJ 2018)

Auswertungsmodul	Auswahl von Datenfeldern mit niedrigen Übereinstimmungsraten bundesweit	Übereinstimmungsrate bundesweit (über alle einbezogenen Datenfelder auf Krankenhausstandortebene)[1]
Neonatologie (NEO)	(DF 35): Aufnahme ins Krankenhaus von*: **83,13 %** (69/83)	**95,71%**
	(DF 52) Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)*: **81,94 %** (118/144)	

Auswertungsmodul	Auswahl von Datenfeldern mit niedrigen Übereinstimmungsraten bundesweit	Übereinstimmungsrate bundesweit (über alle einbezogenen Datenfelder auf Krankenhausstandortebene)[1]
	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten) (DF 56) endgültige Beendigung*: **74,69 %** (121/162)	
	(DF 67): Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns*: **61,54 %** (24/39)	
Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen (HTXM-MKU)	(DF 11) Grunderkrankung: **68,7 %** (46/67)	**92,05 %**
	(DF 17) Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt?: **80,6 %** (54/67)	
	(DF 19.1) Anzahl aller Voroperationen am Herzen*: **34,8 %** (8/23)	
	(DF 26) Zielstellung**: **89,0 %** (65/73)	

1 Die bundesweite Übereinstimmungsrate pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul berechnet sich unter Verwendung der gleichen Regeln für Filterfelder, abhängige Felder etc. wie für die Berechnung der Übereinstimmungsraten der Krankenhausstandorte. Bei der Berechnung der bundesweiten Übereinstimmungsrate werden seit dem Erfassungsjahr 2018 die unterschiedlichen Gesamtfallzahlen der untersuchten Krankenhausstandorte berücksichtigt (siehe Abschnitt 2.2.4).

* Abhängiges Kann-Feld. Diese Datenfelder müssen nur unter Erfüllung bestimmter Bedingungen ausgefüllt werden. Dementsprechend fällt die Anzahl einbezogener Fälle geringer aus.

** Es werden für dieses Datenfeld die Teildatensätze gezählt weshalb sich der Nenner von der Anzahl der Fälle korrekterweise unterscheidet.

Neonatologie (NEO)

Die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder beträgt 95,71 %. Das Datenfeld mit der niedrigsten Übereinstimmungsrate – ausgenommen die Pendants der Datenfelder mit der Angabe „…nicht bekannt“ – ist das DF 76 *Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns* mit 61,5 %. Für die Fälle, die unterdokumentiert wurden, konnte jedoch ein Datum in der Patientenakte festgestellt werden. Ebenso lagen Fehldokumentationen mit erheblichen Schwankungen vor. Dieses Datenfeld wird auch im Rahmen des Relevanzkriteriums in der Rechenregel für ein definiertes Ereignis zu relevanten Fehldokumentationen verwendet (siehe Ergebnisse zum Relevanzkriterium). Beim DF 56 *Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten), endgültige Beendigung* lag die Übereinstimmungsrate bei 74,69 % und es zeigten sich in der Auswertung ebenfalls erhebliche Schwankungen für den Zeitpunkt der Beendigung zwischen Angaben für die QS und Angaben in der Patientenakte. Die Abweichung lag im Mittel bei 8,5 Tagen. In 144 Fällen wurde eine Angabe zum abhängigen DF 52 *Frühgeborenen-Retinopathie*

(ROP) vorgenommen und in 26 Fällen fehlerhaft dokumentiert. Allerdings war nur eine einzige fehlerhafte Dokumentation in dem Sinne relevant, als sie in alle drei für dieses Datenfeld relevanten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen eingegangen wäre, da in der Patientenakte Stadium 3 vermerkt wurde, für die QS aber nur Stadium 1. Bezüglich des *Kopfumfangs bei Entlassung* (DF 84.1) konnten ebenfalls erhebliche Schwankungen zwischen - 0,5cm (Wert in der Akte niedriger als in der QS-Dokumentation) und + 16cm (Wert in der Akte größer als in der QS-Dokumentation) festgestellt werden. Metrische Angaben scheinen, ebenso wie im Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW, eine besondere Herausforderung für eine korrekte Dokumentation. Die *Aufnahme ins Krankenhaus* (DF 35: 83,13 %, 69/83) muss nur dokumentiert werden, wenn „wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit nicht Geburtsdatum und -uhrzeit“ sind. Hierbei schien eine Differenzierung zwischen „externer Geburtsklinik“, „externer Kinderklinik“ und „externer Klinik als Rückverlegung“ anspruchsvoll in der Dokumentation.

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU)

Die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder beträgt 92,05 %. Das Datenfeld zur *Grunderkrankung* (DF 11) hat die niedrigste Übereinstimmungsrate (68,7 %) von allen geprüften Datenfeldern dieses Auswertungsmoduls mit Angaben zu 67 Fällen. Die meisten Fehldokumentationen gingen darauf zurück, dass für die QS „1009 = dilatative Kardiomyopathie nicht idiopathisch“ angegeben wurde, aber eine dilatative Kardiomyopathie idiopathisch oder eine koronare Herzkrankheit vorlag. Bezüglich der Dokumentation, ob *vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt wurden* (DF 17), handelt es sich um ein Filterfeld mit davon abhängigen Feldern zur genauen Bestimmung der thorakalen Operation. Nur wenn das Vorliegen einer Operation vor Aufnahme korrekt bestätigt wird, können differenziertere Eintragungen zu den thorakalen Operationen vorgenommen werden. Die Übereinstimmungsrate betrug 80,6 % (54/67). Auch das DF 19.1 *Anzahl aller Voroperationen am Herzen* mit einer Übereinstimmungsrate von 34,8 % (8/23) ist von der korrekten Dokumentation zur Angabe thorakaler Operationen abhängig. So waren 10 der fehldokumentierten Fälle Folgefehler in der Art, dass thorakale Operationen in der QS-Dokumentation genannt wurden, diese aber nicht in der Akte vermerkt waren, weshalb zu diesem abhängigen Datenfeld auch keine Angaben bei der Datenvalidierung vorgenommen werden mussten. Eine weitere Problematik bestand in der korrekten Dokumentation der *Zielstellung* (DF 26). Bei diesem Datenfeld handelt es sich mit 3 nicht ersichtlichen Angaben in der Patientenakte zudem um das Datenfeld mit den meisten nicht ersichtlichen Angaben unter allen geprüften Datenfeldern in diesem Auswertungsmodul.

Ergebnisse zum Relevanzkriterium

Als Ergebnis der Überprüfung des Relevanzkriteriums, welches die Unterdokumentation relevanter Ereignisse, die Einfluss auf das Ergebnis eines oder mehrerer Qualitätsindikatoren des Verfahrens haben, überprüft, konnten einzelne Unterdokumentationen festgestellt werden. So wurde für das Auswertungsmodul HTXM-MKU festgestellt, dass von 4 definierten Ereignissen 3 insgesamt eingetreten sind und 2 zu einem gewissen Anteil unterdokumentiert wurden. Dies betraf die Ereignisse *neurologische Komplikationen* mit 27,3 % und *Sepsis* mit 22,2 %.

Im Auswertungsmodul NEO sind alle 6 definierten Ereignisse eingetreten und 5 davon zu einem gewissen Anteil unterdokumentiert worden. Dies betraf die Ereignisse *Aufnahmetemperatur unter 36,0* °C mit 14,4 %, *kein Hörtest durchgeführt* mit 29,9 %, *Komplikationen* mit 14,8 %, *Pneumothorax unter oder nach Beatmung* 18,2 % und *Sepsis oder Pneumonie bei Kindern ohne primär palliative Therapie und ohne letale Fehlbildungen* mit 14,3 %.

Die abschließende Berechnung (zusammenfassende Betrachtung der Einzelereignisse) zur Auslösung eines gezielten Datenabgleichs konnte bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfolgen und wird in diesem Bericht vorerst nicht dargestellt.

3. Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung (Strukturierter Dialog zu den Auffälligkeitskriterien insgesamt)

Im Erfassungsjahr 2018 lieferten insgesamt 2.117 Krankenhausstandorte Daten für die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Davon wiesen 961 Standorte rechnerische Auffälligkeiten auf.

Zusammen traten bei allen Standorten 2.078 rechnerische Auffälligkeiten auf (Tabelle 5). Für 541 rechnerische Auffälligkeiten (26,0 %) wurden Hinweise an die entsprechenden Standorte verschickt und für 10 rechnerische Auffälligkeiten (0,5 %) keine Maßnahmen ergriffen, sowie an 2 Standorten eine Sonstige Maßnahme vorgenommen, sodass letztlich nicht beurteilt werden kann, ob Fehldokumentationen vorlagen oder nicht vorlagen. Zu den übrigen 1.525 (73,4 %) rechnerischen Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen angefordert.

Tabelle 5: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2018

	AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (Anzahl und Anteil)	**AKs zur Vollzähligkeit (Anzahl und Anteil)**	**Gesamt (Anzahl und Anteil)**
Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien*	34.441	68.218	102.659
Datenliefernde Standorte**	1.967	2.035	2.117 (100 %)
Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	733	454	961
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (Der Anteil bezieht sich auf 100 % der rechnerischen Auffälligkeiten)	1.227 (59,0 %)	851 (41,0 %)	2.078 (100 %)
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2017 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2018)	162 (13,2%)	191 (22,4 %)	353 (17,0 %)

	AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (Anzahl und Anteil)	**AKs zur Vollzähligkeit (Anzahl und Anteil)**	**Gesamt (Anzahl und Anteil)**
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2017 und EJ 2016 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2018)	47 (3,8 %)	40 (4,7 %)	87 (4,2 %)
Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten)			
Keine Maßnahme ergriffen [S90]	4 (0,3 %)	6 (0,71 %)	10 (0,5 %)
Hinweise verschickt	249 (20,3 %)	292 (34,3 %)	541 (26,0 %)
Stellungnahmen angefordert	972 (79,2 %)	553 (65,0 %)	1.525 (73,4 %)
Sonstiges	2 (0,2 %)	-	2 (0,1 %)
Weiterführende Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen)			
Besprechung	10 (1,0 %)	5 (0,9%)	15 (1,0 %)
Begehung	2 (0,2 %)	0	2 (0,1 %)
Zielvereinbarung	36 (3,7 %)	12 (2,2 %)	48 (3,1 %)
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog (Der Anteil bezieht sich auf die Stellungnahmen)			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	384 (39,5 %)	96 (17,1 %)	480 (31,5 %)
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	569 (58,5 %)	428 (77,4 %)	997 (65,3 %)
Sonstiges [S91, S99]	19 (2,0 %	29 (6,3 %)	48 (3,1 %)
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation (Der Anteil bezieht sich auf die fehlerhaften Dokumentationen)			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	58 (10,2 %)	60 (14,0 %)	118 (11,8 %)
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	9 (1,6 %)	14 (3,3 %)	23 (2,3 %)

* Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien: Anzahl der AKs, die aufgrund der Datenlieferung der Standorte berechnet werden konnten.

** Es gab insgesamt 2.117 datenliefernde Standorte die rechnerisch auffällig oder unauffällig waren. Standorte können für mehrere Auffälligkeitskriterien Daten geliefert haben.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2018 wurden 64 verfahrensbezogene Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit geprüft und insgesamt 1.227 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt (Tabelle 5). In 20,3 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise verschickt (n = 249), sodass nicht beurteilt werden kann, ob es sich hierbei um Dokumentationsfehler handelte. Von den 79,2 % angeforderten Stellungnahmen (n = 972) wurde in 58,5 % eine fehlerhafte Dokumentation (n = 569) festgestellt. 58 dieser Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2017 und 9 seit dem Erfassungsjahr 2016 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Indirekte QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule

Für die indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wurden 40 Auffälligkeitskriterien überprüft und 1.182 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt lagen 159 rechnerische Auffälligkeiten bereits im Vorjahr (EJ 2017) und 46 bereits seit dem Vorvorjahr (EJ 2016) vor.

Insgesamt wurde bei den indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen 249-mal (21,1 %) ein Hinweis verschickt und 927-mal (78,4 %) um eine Stellungnahme gebeten. 4-mal erfolgten keine Maßnahme und 2-mal wurde als Maßnahme „Sonstiges“ gewählt. Es erfolgten insgesamt 10 Besprechungen, 2 Begehungen und 36 Zielvereinbarungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 370-mal (39,9 %) als korrekt [U30, U99] und 538-mal (58,0 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 21 Stellungnahmen wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] (2,3 %) vergeben (Bewertung für die 2 Standorte mit der Maßnahme „Sonstiges“ hier in der Bewertung enthalten).

Bezüglich der Anteile der rechnerischen Auffälligkeiten wird deutlich, dass das AK 850148 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK mit 67,9 % den größten Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten im Vergleich zu den anderen AKs aufwies. Dies ist allerdings auch das AK, zu dem die wenigsten Standorte Daten geliefert haben (rechnerisch auffällig: n = 38 zu n = 56 datenliefernden Standorten. Weitere hohe Anteile rechnerischer Auffälligkeiten lagen in den AKs 851814 (53,7 %), 851813 (39,7 %) und 8518112 (19,9 %) des Auswertungsmoduls NEO vor, sowie zum AK 850308 (9,3 %) des Auswertungsmoduls DEK und dem AK 811822 (4,5 %) des Auswertungsmoduls PNEU. Der höchste absolute Wert für rechnerische Auffälligkeiten lag im AK 851814 des Auswertungsmoduls NEO mit n = 138, gefolgt vom AK 850359 des Auswertungsmoduls DEK (n = 69) vor.

Aks in den Auswertungsmodulen *Dekubitusprophylaxe* (DEK) und HEP zeigten absolut gesehen die meisten Standorte mit fehlerhaften Dokumentationen. Dies betraf die AKs DEK AK-ID 850359: 64 Standorte, DEK AK-ID 850361: 42 Standort, HEP AK-ID 850152: 39 Standorte.

Für 5 AKs wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt und für 7 AKs mehr als 80 % fehlerhafte Dokumentationen.

Im Vergleich zwischen den AKs weist das AK 811822 aus dem Auswertungsmodul PNEU die häufigsten wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten auf. Es lagen hier 20 Standorte vor, die bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig waren, und 12 Standorte, die bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig gewesen sind. Im Zusammenhang ist zu erkennen, dass

sich die wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsmodul DEK (AK-IDs 850359 und 850361) auch als wiederholte fehlerhafte Dokumentation erwiesen haben.

Direkte QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule

Für die direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wurden 24 Auffälligkeitskriterien überprüft und 45 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt lagen 3 rechnerische Auffälligkeiten bereits im Vorjahr (EJ 2017) und eine bereits seit dem Vorvorjahr (EJ 2016) vor. Bei allen Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Es erfolgten keine weiteren Maßnahmen wie Besprechungen, Begehungen oder Zielvereinbarungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 14-mal (31,1 %) als korrekt [U30, U99] und 31-mal (68,9 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft.

Im Vergleich zu allen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen hatten Standorte im Auswertungsmodul HTXM-MKU die meisten Anteile rechnerischer Auffälligkeiten. Auch wenn die größten absoluten rechnerischen Auffälligkeiten mit 12 und 7 Standorten nicht häufig erscheinen, bilden sie relativ jeweils 19,4 % und 11,3 % der datenliefernden Standorte ab. In den Auswertungsmodulen LUTX und PNTX-D lagen in keinem geprüften Auffälligkeitskriterium rechnerische Auffälligkeiten vor.

Für 7 Auffälligkeitskriterien wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Erfassungsjahr 2018 wurden 107 verfahrensbezogenen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit geprüft und insgesamt 851 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt (Tabelle 5). Der Anteil an versendeten Hinweisen lag mit 34,3 % bei den AKs zur Vollzähligkeit ca. 15 % höher im Vergleich zum Versand von Hinweisen bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit. Von den in 65,0 % der rechnerischen Auffälligkeiten angeforderten Stellungnahmen (n = 553) bestätigten 77,4 % eine fehlerhafte Dokumentation (n = 428). 60 dieser Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2017 und 14 bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Bezogen auf die unterschiedlichen Arten von Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit lagen im Erfassungsjahr 2018 487 rechnerische Auffälligkeiten in den AKs zur Unterdokumentation vor, 131 zur Überdokumentation und 108 in den AKs zum Minimaldatensatz (MDS) und 125 in Bezug auf die AKs zum Follow-up (Tabelle 6). Der Anteil der festgestellten zu wenig oder zu viel gelieferten Datensätze und damit fehlerhaften Dokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen liegt bei den AKs zur Unterdokumentation bei 85,8 %, bei den AKs zur Überdokumentation bei 84,6 %, bei den AKs zum MDS bei 28,6 % und bei den AKs zum Follow-up bei 78,4 %. Zu den AKs zur Überdokumentation wurden mit 29,0 % die wenigsten Hinweise verschickt und zu den AKs zum Follow-up mit 40,8 % die meisten. In diesen Fällen kann damit nicht beurteilt werden kann, ob hier tatsächlich unvollzählige Dokumentationen vorlagen.

Tabelle 6: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2018

	AKs zur Unterdokumentation	**AKs zur Überdokumentation**	**AKs zum Minimaldatensatz**	**AKs zum Follow-up**
Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien*	29.651	22.468	15.663	436
Datenliefernde Standorte**	2.035	2.035	1.897	48
Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	280	101	97	31
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (Der Anteil bezieht sich auf 100% der rechnerischen Auffälligkeiten zur Vollzähligkeit insgesamt)	487 (57,2 %)	131 (15,4 %)	108 (12,7 %)	125 (14,7 %)
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2017 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2018)	87 (17,9 %)	12 (9,2 %)	32 (29,6 %)	60 (48,0 %)
Davon rechnerische auffällig im EJ 2017 und EJ 2016 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2018)	30 (6,2 %)	3 (2,3 %)	5 (4,6 %)	2 (1,6 %)
Maßnahmen (Der Anteil bezieht die rechnerischen Auffälligkeiten)				
Keine Maßnahme ergriffen [S90]	4 (0,8 %)	2 (1,5 %)	0	0
Hinweise verschickt	165 (33,9 %)	38 (29,0 %)	38 (35,2 %)	51 (40,8 %)
Stellungnahmen angefordert	318 (65,3 %)	91 (69,5 %)	70 (64,8 %)	74 (59,2 %)
Weiterführende Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen)				
Besprechung	2 (0,6 %)	2 (2,2 %)	1 (1,4 %)	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	6 (1,9 %)	2 (2,2 %)	4 (5,7 %)	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog (Der Anteil bezieht sich auf die Stellungnahmen)				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	31 (9,7 %)	6 (6,6 %)	46 (65,7 %)	13 (17,6 %)
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	273 (85,8 %)	77 (84,6 %)	20 (28,6 %)	58 (78,4 %)
Sonstiges [S91, S99]	14 (4,4 %)	8 (8,8 %)	4 (5,7 %)	3 (4,1 %)
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation (Der Anteil bezieht sich auf die fehlerhaften Dokumentationen)				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	46 (16,8 %)	4 (5,2 %)	4 (20 %)	6 (10,3 %)
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	13 (4,8 %)	1 (1,3 %)	0	0

Hinweis: Unterdokumentationen in den Zählleistungsbereichen und die Unterdokumentationen von GKV-Patientinnen und -Patienten sind in den Zahlen zu den AKs zur Unterdokumentation eingeschlossen.

* Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien: Anzahl der AKs, die aufgrund der Datenlieferung der Standorte berechnet werden konnten.

** Es gab insgesamt 2.117 datenliefernde Standorte die rechnerisch auffällig oder unauffällig waren. Standorte können für mehrere Auffälligkeitskriterien Daten geliefert haben.

Indirekte QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule

Für die indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wurden 66 Auffälligkeitskriterien überprüft und 704 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt lagen 129 rechnerische Auffälligkeiten bereits im Vorjahr (EJ 2017) und 38 bereits seit dem Vorvorjahr (EJ 2016) vor. Insgesamt wurde bei den indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen 241-mal (34,2 %) ein Hinweis verschickt und 457-mal (64,9 %) um eine Stellungnahme gebeten. 6-mal (0,9 %) erfolgte keine Maßnahme. Es erfolgten insgesamt 5 Besprechungen (0,9 %) und 12 Zielvereinbarungen (2,2 %), aber keine Begehungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 79-mal (17,3%) als korrekt [U30, U99] und 355-mal (77,7 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 23 Stellungnahmen wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] vergeben (5,0 %).

Bezüglich der Anteile der rechnerischen Auffälligkeiten wurde festgestellt, dass das AK 850276 des Auswertungsmoduls HEP mit 7,3 % den größten Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten unter allen AKs aufwies. Hierbei handelt es sich um das AK zur Unterdokumentation von Wechseleingriffen, welches bereits im Vorjahr einen hohen Anteil rechnerischer Auffälligkeiten aufwies. Alle weiteren Anteile sind insgesamt recht niedrig und liegen überwiegend sogar unter 1 %. Weitere AKs mit rechnerischen Auffälligkeiten von über 2,0 % waren folgende: NEO AK-ID 850208: 5,4 %; HEP AK-ID 850376: 2,9 %. KEP AK-ID 850375: 2,1 %; DEK AK-ID 850095: 2,2 %. Das AK 850208 des Auswertungsmoduls NEO ist zum Minimaldatensatz (MDS) und stellt, wie bereits im Vorjahr, damit den höchsten Anteil rechnerischer Auffälligkeiten zu einem MDS dar.

Lagen jedoch rechnerische Auffälligkeiten vor, die im Strukturierten Dialog anhand einer Stellungnahme geprüft wurden, war im Ergebnis der Anteil von fehlerhafter Dokumentationen hoch. Im Durchschnitt wiesen 77,7 % der Standorte eine fehlerhafte Dokumentation bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen auf (n = 355/457). Für 26 von 66 AKs wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt und für 9 AKs mehr als 80 % fehlerhafte Dokumentationen.

In Bezug auf wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten wies das AK 850276 im Auswertungsmodul HEP, welches mit 82 Standorten neben der relativen auch die absolut höchste Anzahl rechnerischer Auffälligkeit aufwies, die höchsten wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten auf im Vergleich zu den anderen AKs. 30 Standorte waren bereits im Erfassungsjahr 2017 und 17 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Es lagen jedoch nicht nur die meisten wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten vor, sondern ebenfalls die häufigsten wiederholt fehlerhaften Dokumentationen über 3 Jahre in Folge.

Direkte QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule

Für die direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wurden 41 Auffälligkeitskriterien überprüft und 147 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt lagen 62 rechnerische Auffälligkeiten bereits im Vorjahr (EJ 2017) und 2 bereits seit dem Vorvorjahr (EJ 2016) vor. Insgesamt

wurde bei den direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen 51-mal (34,7 %) Mal ein Hinweis verschickt, welche allesamt zu den AKs zum Follow-up versandt wurden. Eine Stellungnahme wurde insgesamt 96-mal (65,3 %) angefordert.

Es erfolgten im weiteren Verlauf keine weiteren Maßnahmen wie Besprechungen, Begehungen oder Zielvereinbarungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 17-mal (17,7 %) als korrekt [U30, U99] und 73-mal (76,0 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 6 (6,3 %) Stellungnahmen wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] vergeben.

Im Vergleich zu allen AKs zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren hatten Standorte in den Auswertungsmodulen NLS, PNTX-D und LTX mit Anteilen zwischen 19 % und 60,5 % die höchsten Anteile von rechnerischen Auffälligkeiten an den jeweiligen datenliefernden Standorten. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten bestanden zu den AKs zum Follow-up. Einzig zu diesem AK wurden auch Hinweise versandt. Fehlerhafte Dokumentationen lagen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs am häufigsten zum AK Überdokumentation und den Auffälligkeitskriterien zum Follow-up vor

Fazit

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Datenvalidität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert (vgl. § 9 QSKH-RL) und wird jährlich im Regelbetrieb optimiert. Ein weiterer Schritt zur Hervorhebung der Wichtigkeit der Dokumentationsqualität ist mit der partiellen Verabschiedung des Konzepts zur Entwicklung von Kriterien und Anhaltspunkten für den gezielten Datenabgleich nach § 9 QSKH-RL vorgenommen worden. Standorte mit besonders häufigen oder relevanten Dokumentationsfehlern werden fortan im Folgejahr erneut überprüft oder bei erheblich häufigen Dokumentationsfehlern dem Lenkungsgremium auf Landesebene bzw. dem Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses mitgeteilt.

Die Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs der Standorte, die im Vorjahr im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich waren und die Kriterien für eine erneute Überprüfung erfüllt hatten, zeigen, dass die meisten Standorte im zweiten Abgleich in Bezug auf das Häufigkeitskriterium nicht auffällig wurden. Allerdings ist grundsätzlich für die Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs zu beachten, dass aufgrund der geringen Stichprobengröße von 20 Fällen ein Vergleich der Ergebnisse mit den Ergebnissen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im Vorjahr im Sinne einer Trendaussage nur eingeschränkt möglich ist. Bei der Interpretation der Übereinstimmungsraten pro Datenfeld über alle Standorte hinweg ist zu berücksichtigen, dass für einige Datenfelder nur sehr wenige Abgleichergebnisse aus der Stichprobe vorliegen. Zur genauen Quantifizierung dieser statistischen Effekte können in Zukunft Vertrauensbereiche angegeben werden. Grundsätzlich ist die Einordnung der Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs und des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich auf verschiedenen Bewertungsebenen möglich, wie beispielsweise auf Standortebene oder standortübergreifender Ebene. Eine differenzierte Einordnung in beispielsweise Bewertungskategorien ist in diesem Bericht jedoch nicht erfolgt. Eine Möglichgleit der Bewertung der Dokumentationsqualität wurde im Weiterentwicklungsbericht

zur Datenvalidierung vorgestellt (IQTIG 2020c), bisher erfolgten allerdings noch keine weiteren Beratungen.

Neben dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zu zufällig gezogenen Standorten für festgelegte Verfahren erfolgt ein Monitoring zu Fehldokumentationen über alle Standorte hinweg über die statistische Basisprüfung. 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. Eine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität kann aufgrund von Fehldokumentationen nur eingeschränkt möglich sein. Da die Dokumentationsqualität im Zweifel die Messung der Versorgungsqualität verzerrt, ist eine fehlerfreie Dokumentation von besonderer Wichtigkeit.

Grundsätzlich sind im Hinblick auf die Maßnahmen und Bewertungen im Strukturierten Dialog deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern erkennbar. So unterscheiden sich die Anteile angeforderter Stellungnahmen und der Versand von Hinweisen an den rechnerischen Auffälligkeiten. Für insgesamt 26,0 % der versendeten Hinweise konnte keine Bewertung der Dokumentationsqualität vorgenommen werden. Dies ist vor dem Hintergrund einer bestätigten fehlerhaften Dokumentation, die sich aus den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs in 65,3 % der angeforderten Stellungnahmen ergibt, ein zu hoher Anteil, für den die Dokumentationsqualität nicht bewertet werden kann. Auch der Anteil der identifizierten Dokumentationsmängel, aufgrund derer die Versorgungsqualität anhand der Qualitätsindikatoren nicht bewertet werden konnte (D50, D51, D99), ist mit 9,1 % der bewerteten Stellungnahmen hoch (IQTIG 2020b) und nur etwas niedriger als im Vorjahr (IQTIG 2019). Insgesamt zeigt die Anzahl bestätigter Fehldokumentationen bei den Auffälligkeitskriterien und die hohe Anzahl an Indikatorergebnissen, die wegen Fehldokumentation nicht bewertet werden konnten, dass weiterhin eine kritische Validierung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung erforderlich ist.

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht über die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)[2] bezieht sich auf die QS-Daten des Erfassungsjahres 2018 (EJ 2018). Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich dazu fanden im Jahr 2019 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 Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) bzw. Auswertungsmodulen überprüft, in denen dazu Auffälligkeitskriterien (AKs) definiert sind. Die gelieferten Datensätze aller QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wurden des Weiteren im Hinblick auf ihre Vollzähligkeit überprüft. Im vorliegenden Bericht wird die Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs und bestätigten Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität im Längsschnitt über 3 Jahre ausgewertet. Dabei wird insbesondere betrachtet, welche Krankenhausstandorte wiederholt rechnerisch auffällig waren und/oder wiederholt Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog bestätigten.

Folgende ausgewählte Verfahren wurden im Jahr 2019 einer umfassenden Datenvalidierung unterzogen:

- Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich fand im QS-Verfahren *Neonatologie* und im Auswertungsmodul *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* statt. In diesen 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.
- Im gezielten Datenabgleich wurden die Auswertungsmodule *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* (09n2-HSM-AGGW) und *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (17n1-HÜFT-FRAK) erneut überprüft. Die Überprüfung bezog sich auf Standorte, deren Dokumentationsqualität eine festgelegte Fehldokumentationsrate bei Überprüfung im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich des Vorjahres überschritten hatte. Hierfür wurde bei diesen Standorten eine neue Zufallsstichprobe von Fällen ermittelt.

Für beide Verfahren galt, dass die abzugleichenden Datenfelder mindestens alle Datenfelder beinhalteten, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren (QIs) des jeweiligen QS-Verfahrens bzw. Auswertungsmoduls eingehen (§ 9 Abs. 4 Satz 4 QSKH-RL). Für den gezielten Datenabgleich wurden somit diejenigen Datenfelder erneut überprüft, die auch bereits im Vorjahr überprüft wurden.

[2] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern / QSKH-RL). In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 27. März 2020, in Kraft getreten am 27. März 2020. URL: https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/ (abgerufen am: 27.05.2020).

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). Eine valide Dokumentationsqualität ist Voraussetzung für eine ausreichende Aussagekraft der Qualitätsindikatoren. Dabei werden die von den Krankenhausstandorten gelieferten Daten auf die Aspekte Vollzähligkeit, Plausibilität und Vollständigkeit sowie inhaltliche Richtigkeit geprüft.

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 Vollständigkeit abgeschlossen und an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Außerdem beinhalten die Spezifikationen Plausibilitätsprüfungen zu nicht zulässigen Werteeingaben (datenfeldbezogen) und nicht plausiblen Kombinationen von Werten (datenfeldübergreifend). Bei der Datenannahme durch die zuständigen Datenannahmestellen wird geprüft, ob die Daten in der spezifizierten Form übermittelt wurden. Zudem werden auch an dieser Stelle Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen durchgeführt. Dabei finden sowohl „weiche“ als auch „harte“ Plausibilitätsregeln Anwendung. Bei der Verletzung einer weichen Plausibilitätsregel erscheint eine Warnung, der Datenfluss wird jedoch nicht gestoppt. Wird eine harte Plausibilitätsregel verletzt, wird der Datenfluss angehalten und eine Datenneulieferung 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.

In Abbildung 1 ist die aktuelle Methodik des Datenvalidierungsverfahrens dargestellt. Das Verfahren besteht aus 3 Elementen, welche sich in ihrer primären Zielsetzung unterscheiden und nachfolgend beschrieben werden. Die Statistische Basisprüfung erfolgt grundsätzlich bei allen QS-Verfahren und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich bei wenigen ausgewählten QS-Verfahren. Der gezielte Datenabgleich beinhaltet eine erneute Überprüfung im Folgejahr bei auffälligen Ergebnissen aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.

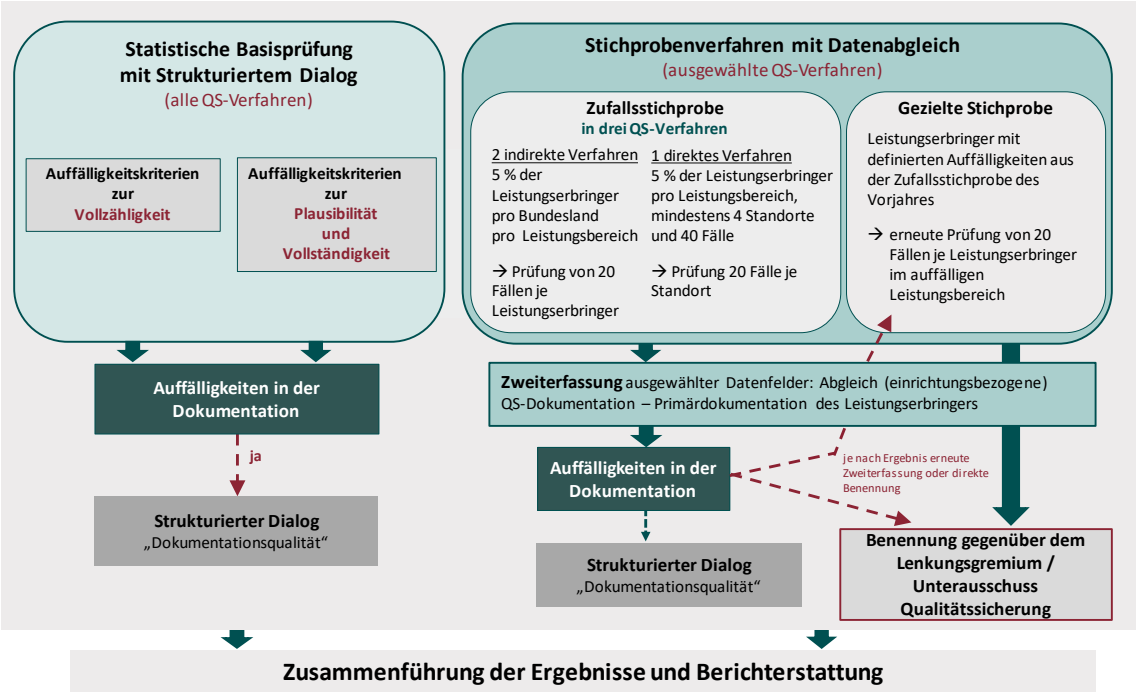

Abbildung 1: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

2.1.1 Statistische Basisprüfung (§ 9 Abs. 2 QSKH-RL)

Die Methodik des Strukturierten Dialogs ist ausführlich im aktuellen „Bericht zum Strukturierten Dialog“ zum Erfassungsjahr 2018 (IQTIG 2020d) beschrieben. 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 AKs, welche sich in AKs zur Vollzähligkeit und AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit unterteilen lassen. Bei der Neuentwicklung und Evaluation von AKs durch IQTIG werden externe Expertinnen und Experten beratend hinzugezogen (Projektgruppe Datenvalidierung).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Die AKs zur Vollzähligkeit werden seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen angewandt. Im Zuge dessen werden die Datensätze, die ein Leistungserbringer in einem QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul geliefert hat (Ist-Bestand), den Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand) gegenübergestellt. Auf Grundlage dieses Soll-Ist-Abgleichs werden pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul jeweils ein AK zur Unterdokumentation (Referenzbereich ≥ 95 % pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul; QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule der Transplantationsmedizin ≥ 100 %) und ein AK zur Überdokumentation (Referenzbereich ≤ 110 % pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul) berechnet. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht vor, dass eine Dokumentationsrate unter 100 % sanktioniert werden soll, wie es im

Versorgungsbereich *Transplantationsmedizin* bereits der Fall ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss (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. In seinem Beschluss vom 22. März 2019 (vgl. G-BA 2019) wurde das Vorgehen weiter konkretisiert. Demnach kann sich ein Krankenhaus bei Unterdokumentation auf Unverschulden berufen. Hierzu muss das Krankenhaus gegenüber der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) bei indirekten Verfahren bzw. dem IQTIG bei direkten Verfahren eine Begründung für sein Unverschulden abgeben. Dies musste für das Erfassungsjahr 2018 bis zum 30. Juni 2019 erfolgen. Die jeweilige LQS bzw. das IQTIG geben dann eine Einschätzung hinsichtlich der vorgebrachten Gründe ab und teilen diese schriftlich innerhalb von sechs Wochen dem Krankenhaus zur Weiterleitung an die Vertragsparteien der örtlichen Pflegesatzverhandlungen mit.

Die Referenzbereiche der AKs zur Unterdokumentation bleiben für das Erfassungsjahr 2018 jedoch zunächst bei den o. g. Referenzbereichen. Eine Anpassung für das Erfassungsjahr 2019 wurde vom G-BA jedoch insoweit vorgesehen, als die AKs zur Unterdokumentation bei den indirekten Verfahren abgeschafft wurden.

Zur Prüfung des Anteils der Minimaldatensätze (MDS) unter den zu dokumentierenden Fällen wird zusätzlich in allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen ein AK zum MDS eingesetzt; ausgenommen hiervon sind die transplantationsmedizinischen QS-Verfahren. Ein MDS kann im Ausnahmefall angelegt werden, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig ausgelöst wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.[3] 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 AKs eingeführt, wie die Dokumentationsrate.

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

AKs 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 AKs zur Plausibilität entwickelt. AKs, 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.

2.1.2 Durchführung der statistischen Basisprüfung

Die Berechnungsquotienten von AKs bestehen aus einem Nenner (Grundgesamtheit) und einem Zähler (Auffälligkeitsmerkmal) und weisen einen Referenzbereich auf. Der Referenzbereich kann

[3] Erläuterungen zum Minimaldatensatz: https://iqtig.org/datenerfassung/spezifikationen/qs-basisspezifikation-fuer-leistungserbringer/2018/v07/

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 vorlagen. 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, um diesen auf die rechnerische Auffälligkeit aufmerksam zu machen, ohne eine Erläuterung anzufordern (vgl. § 11 QSKH-RL). In solchen Fällen ist 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 (§ 10 Abs. 2 Satz 4 QSKH-RL).
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 Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung 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 nach Meinung der Expertinnen und Experten 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, wird der jeweilige Leistungserbringer um eine Präzisierung gebeten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines persönlichen kollegialen Gesprächs mit der zuständigen Fachgruppe, einer Vereinbarung von konkreten Zielen oder einer Begehung der entsprechenden Einrichtung.

2.1.3 Bewertung der Datenvalidität bei den Auffälligkeitskriterien

Für die Berichterstattung über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung (über AKs) ist es erforderlich, dass die Antworten der Leistungserbringer von den LQS bzw. dem IQTIG bewertet werden. Die folgende Tabelle 7 beinhaltet die Bewertungskategorien, die im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern zu den AKs zur Anwendung kommen.

Tabelle 7: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Beschreibung
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	**20**	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	**30**	Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	**40**	Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation wird bestätigt
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	**90**	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Auf Grundlage der aus dem Strukturierten Dialog gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich bestehender Dokumentationsprobleme können geeignete Verbesserungsmaßnahmen initiiert werden.

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und gezielter Datenabgleich

2.2.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (§ 9 Abs. 4 QSKH-RL)

Das Ziel des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich besteht darin, quantitative Aussagen bezüglich der Datenvalidität zu treffen. Das Verfahren soll die Dokumentationsqualität innerhalb eines QS-Verfahrens bzw. Auswertungsmoduls bewerten: einerseits in Bezug auf einzelne Leistungserbringer, andererseits in Bezug auf die gesamte Datenerhebung des QS-Verfahrens. 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 findet jährlich in der Regel in drei ausgewählten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen statt (zwei indirekte und ein direktes). Bei deren Auswahl 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 bzw. Auswertungsmodul noch nie umfassend validiert wurde oder ob ein Qualitätsindikator besonderen Handlungsbedarf aufweist. Stehen größere Umstrukturierungen in einem QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul an, so ist ein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich nicht vorgesehen. Bei der jährlichen Auswahl der QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sowie bei der 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 Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern zusammen.

Für den Datenabgleich in den indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen werden zunächst pro Bundesland und pro Leistungsbereich jeweils 5 % der Krankenhausstandorte ausgewählt, die die zu überprüfenden medizinischen Leistungen erbringen und entsprechende Daten geliefert haben. Bei den direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen sind in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich bundesweit mindestens 5 % der datenliefernden Krankenhausstandorte einzuschließen. Bezogen auf die von allen Krankenhausstandorten in dem ausgewählten QS-Verfahren dokumentierten Fälle sind im direkten 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 bzw. Auswertungsmodulen 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.

Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich erfolgte 2019 zum Erfassungsjahr 2018 in den Auswertungsmodulen *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* (HTXM-MKU) und *Neonatologie* (NEO).

2.2.2 Gezielter Datenabgleich (§ 9 Abs. 3 QSKH-RL)

Auf Basis der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich des Vorjahres wird im Falle von besonders häufigen oder relevanten Dokumentationsfehlern die Auslösung eines erneuten Datenabgleichs bei einem Krankenhausstandort im Folgejahr festgelegt (sogenannter gezielter Datenabgleich).

Mit Einführung des gezielten Datenabgleichs sollen die Krankenhausstandorte angehalten werden, die QS-Dokumentation auf Grundlage der Patientenakte korrekt durchzuführen, um im

Normalfall gar nicht in einem gezielten Datenabgleich erneut überprüft werden zu müssen. Eine Häufung von Dokumentationsfehlern bei einem Krankenhausstandort – unabhängig von der Bedeutung der fehldokumentierten Information für die Qualitätssicherung – gibt einen Hinweis auf ein grundsätzliches Defizit in Bezug auf die Qualität der QS-Dokumentation. Relevante Dokumentationsfehler hingegen geben Hinweise auf spezifische Defizite in der Qualität der QS-Dokumentation und haben Einfluss auf das Ergebnis eines oder mehrerer Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens. Bei ausbleibenden Maßnahmen ist es wahrscheinlich, dass auch in Zukunft häufige oder relevante Dokumentationsfehler auftreten werden.

Deshalb ist das Ziel des gezielten Datenabgleichs eine erneute Überprüfung der Dokumentationsqualität des entsprechenden Krankenhausstandortes im Folgejahr, wenn a) Dokumentationsfehler häufig auftreten oder b) es sich um relevante Dokumentationsfehler handelt oder c) eine Kombination aus beidem vorliegt. Wenn Krankenhausstandorte aufgrund der Ergebnisse des Datenabgleichs im Vorjahr im Folgejahr einer erneuten Überprüfung unterzogen werden, sollten in der dazwischenliegenden Zeit geeignete Verbesserungsmaßnahmen zur Dokumentationsqualität erfolgt sein.

Um zu bestimmen, welche Krankenhausstandorte besonders häufige, erheblich häufige oder relevante Dokumentationsfehler aufweisen, wird nach definierten Regeln die Fehldokumentationsrate für die in der Zufallsstichprobe untersuchten Fälle ermittelt. Die Zufallsstichprobe beinhaltet unter Umständen nur einen kleinen Teil aller tatsächlich in dem jeweiligen Krankenhausstandort für das jeweilige QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul dokumentierten Fälle (maximal 20 Fälle). Grundlage für die Entscheidung, ob ein Krankenhausstandort besonders oder erheblich häufige Dokumentationsfehler aufweist, ist ein statistisches Verfahren, das die Stichprobenunsicherheit berücksichtigt: Für Standorte mit insgesamt mehr als 20 Fällen im QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul muss aus der Fehldokumentationsrate in der Stichprobe mit genügend kleiner statistischer Unsicherheit geschlossen werden können, dass die Fehldokumentationsrate in allen dokumentierten Fällen größer als 10 % bzw. 15 % ist. Der Grenzwert für die Fehldokumentationsrate in der Stichprobe, ab dem besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler vorliegen, liegt daher ggf. über 10 % bzw. 15 % und hängt von der Gesamtzahl aller dokumentierten Datenfelder ab. Somit ist die untere Grenze des in der statistischen Methodik verwendeten einseitigen 95%-Vertrauensintervalls von Bedeutung. Falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf. Die statistische Methodik ist im Weiterentwicklungsbericht zum gezielten Datenabgleich detailliert erläutert (siehe hierzu IQTIG 2020c).

Liegen erheblich häufige Dokumentationsfehler vor, erfolgt eine Entanonymisierung gegenüber dem Lenkungsgremium auf Landesebene bzw. dem Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (UA QS).

Für die Erfassung relevanter Dokumentationsfehler werden für die Verfahren im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich verfahrensspezifisch wesentliche Ereignisse ausgewählt, die Einfluss auf die Indikatorergebnisse haben. Damit ist jedes Ereignis, das betrachtet wird, potenziell für ein Indikatorergebnis relevant. Die verschiedenen Ereignisse werden anschließend gemeinsam betrachtet und umgekehrt proportional zu ihrer Häufigkeit im Gesamtdatensatz gewichtet.

Zur Beurteilung, ob im betrachteten Erfassungsjahr bei einem Krankenhausstandort relevante Dokumentationsfehler vorliegen, wird je Krankenhausstandort der gewichtete Anteil an Unterdokumentationen in der QS-Dokumentation an allen für das Verfahren ausgewählten Ereignissen, die laut den Patientenakten in der untersuchten Stichprobe vorlagen, ermittelt. Da im Datenabgleich nur eine Stichprobe aller Fälle eines Standortes untersucht wird, wird ein Vertrauensintervall berechnet, um die statistische Stichprobenunsicherheit zu berücksichtigen. Falls die untere Grenze dieses Vertrauensintervalls über 10 % liegt, weist der betreffende Standort relevante Dokumentationsfehler auf. Die statistische Methodik ist im Weiterentwicklungsbericht zum gezielten Datenabgleich detailliert erläutert (siehe hierzu IQTIG 2020c).

Für die Krankenhausstandorte zur Überprüfung im gezielten Datenabgleich werden wie für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich gemäß § 9 Abs. 4 QSKH-RL in gleicher Größe per Zufallsverfahren 20 zu prüfende Behandlungsfälle ermittelt, bei denen anhand der Patientenakte die Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder mit Datenabgleich erfolgt.

Grundsätzlich ist jedoch zu beachten, dass aufgrund der geringen Stichprobengröße von 20 Fällen ein Vergleich der Ergebnisse mit den Ergebnissen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im Vorjahr im Sinne einer Trendaussage nur eingeschränkt möglich ist.

Besonderheiten für die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2018

Gemäß § 9 Abs. 10 QSKH-RL erfolgte für das Erfassungsjahr 2017 noch keine Offenlegung gegenüber dem Lenkungsgremium auf Landesebene / UA QS für erheblich häufige Dokumentationsfehler. Die Standorte für die Auswertungsmodule *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* (09n2-HSM-AGGW) und *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (17n1-HÜFT-FRAK) wurden in einer Übergangsregelung in den gezielten Datenabgleich für das Erfassungsjahr 2018 eingeschlossen.

Ebenso wurden in den gezielten Datenabgleich nur Standorte mit besonders häufigen Dokumentationsfehlern eingeschlossen; also diejenigen Standorte, die eine festgelegte Fehldokumentationsrate überschritten hatten. Relevante Dokumentationsfehler wurden für den gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2018 nicht betrachtet, werden aber in diesem Bericht ausgegeben.

Der gezielte Datenabgleich 2019 zum Erfassungsjahr 2018 erfolgte in den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* (09n2-HSM-AGGW) und *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (17n1-HÜFT-FRAK) und *Koronarchirurgie isoliert* (HCH-KCH).

2.2.3 Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich und des gezielten Datenabgleichs

Die Zweiterfassung wird in den Krankenhausstandorten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entweder der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (indirekte Verfahren) oder des IQTIG (direkte Verfahren) durchgeführt. Bei Krankenhausstandorten, bei denen keine direkte Einsicht in die Patientenakten zur Datenvalidierung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LQS bzw. des IQTIG möglich ist, muss der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (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 (vgl. § 9 Abs. 3 Satz 3 QSKH-RL).

Um quantitative Aussagen bezüglich der Datenvalidität eines QS-Verfahrens bzw. Auswertungsmoduls 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 und in diesem Bericht dargestellt. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der geprüften Datenfelder hinsichtlich Ausprägungen/Antwortkategorien und Einfluss auf die Qualitätsindikatoren erfolgt die Bewertung der Datenvalidität für jedes Datenfeld separat (vgl. Kapitel 3 und die Kreuztabellen im Anhang). Fälle, bei welchen die Angaben in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ waren, werden von der Bewertung der Dokumentationsqualität nicht mehr ausgeschlossen.

2.2.4 Bewertung der Datenvalidität

Um die Dokumentationsqualität der Angaben in einzelnen Datenfeldern zu bewerten, wird die Patientenakte als Referenzquelle verwendet. Diese medizinische Primärdokumentation stellt den „Goldstandard“ dar, d. h., es wird davon ausgegangen, dass die dort enthaltenen Informationen die tatsächliche Versorgungsrealität widerspiegeln.

Für die Bewertung der Datenvalidität, 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 geeignet. Je höher die Übereinstimmungsrate, desto besser ist die Datenvalidität. Ein wesentlicher Nachteil der Übereinstimmungsrate für die 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.

Für jeden Standort werden die Übereinstimmungsrate pro Datenfeld berechnet und die Gesamtübereinstimmungsrate für diesen Standort zum überprüften QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul (leistungserbringerbezogene Bewertung). Je nach Häufigkeit der Fehldokumentationen

des Standortes wird dieser im Folgejahr in einem gezielten Datenabgleich erneut überprüft. Liegen bereits beim Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und damit bei der Erstüberprüfung erheblich häufige Dokumentationsmängel vor, wird dieser Standort dem Lenkungsgremium auf Landesebene bei indirekten oder dem UA QS bei direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen benannt (Ausnahme EJ 2017, siehe Abschnitt „Besonderheiten für die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2018“ auf Seite 40).

Sowohl auf Standortebene als auch auf der standortübergreifenden Ebene können verschiedene Aspekte auf verschiedenen Ebenen – z. B. pro Datenfeld, über alle Datenfelder etc. – betrachtet werden, die jeweils eine eigene Aussage zur Dokumentationsqualität mit sich bringen. Vorschläge zu einem Bewertungsschema für die Dokumentationsqualität sind im Weiterentwicklungsbericht zum gezielten Datenabgleich vorgenommen worden (vgl. IQTIG 2020c).

Im aktuellen Bericht werden (1) auf standortübergreifender Ebene die Fälle (Bundesergebnis) pro Datenfeld betrachtet. Hierfür wird je Datenfeld die Übereinstimmungsrate bezogen auf alle in den Fallstichproben untersuchten Fälle ausgegeben. Eine statistische Schätzung der Gesamtübereinstimmungsrate bezogen auf alle Fälle im jeweiligen QS-Verfahren, wie im Weiterentwicklungsbericht zum gezielten Datenabgleich perspektivisch vorgesehen, erfolgt zunächst nicht. Ferner wird dargestellt, welche Angaben in der Patientenakte und welche für die QS-Dokumentation gemacht wurden (Kreuztabellen im Anhang). Bei binär kodierten Datenfeldern werden die Sensitivität und Spezifität hinzugezogen. Damit kann der Anteil an Unter- oder Überdokumentationen zu einem Datenfeld für die Einordnung der Ergebnisse herangezogen werden.

Darüber hinaus sind jeweils die Sensitivität und die Spezifität im Ergebnis des Datenabgleichs angegeben. Sensitivität bezeichnet den 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). Die Sensitivität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde, gegeben, dass diese Information in der Patientenakte dokumentiert wurde. Durch die Berechnung von 1 – Sensitivität wird der Anteil an fälschlicherweise nicht für die Qualitätssicherung dokumentierten Ereignissen festgelegt und ist das Maß für die Unterdokumentation in der QS-Dokumentation.

Spezifität bezeichnet den 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). Die Spezifität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) nicht für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde, gegeben, dass diese Information nicht in der Patientenakte dokumentiert wurde. Durch die Berechnung von 1 – Spezifität wird der Anteil der fälschlicherweise für die Qualitätssicherung dokumentierten Ereignisse festgelegt und ist das Maß für die Überdokumentation in der QS-Dokumentation.

Bei der Berechnung der Übereinstimmungsraten werden Fälle, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ bezüglich eines Datenfeldes angegeben wurde, nicht aus der Grundgesamtheit herausgerechnet. Dies bedeutet, dass es automatisch zu einer Fehldokumentation kommt, falls kein Wert für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde.

Bei der Berechnung der bundesweiten Übereinstimmungsrate werden die unterschiedlichen Gesamtfallzahlen der untersuchten Krankenhausstandorte berücksichtigt: Wenn beispielsweise für einen Standort mit 500 Fällen bei der Überprüfung von 20 Fällen eine hohe Übereinstimmungsrate beobachtet wird, so ist anzunehmen, dass auch die übrigen 480 Fälle eine entsprechend hohe Dokumentationsqualität aufweisen. Sein Ergebnis wird dementsprechend höher gewichtet als das eines Standortes mit einer geringeren Gesamtfallzahl. Damit erlaubt die bundesweite Übereinstimmungsrate eine Einschätzung der Dokumentationsqualität bei allen Fällen im Auswertungsmodul insgesamt.

Ebenfalls werden im aktuellen Bericht (2) die statistischen Schätzungen der Ergebnisse der Krankenhausstandorte über alle betrachteten Datenfelder hinweg als Verteilung berichtet. Dies geschieht für die Fehldokumentationsraten (Häufigkeitskriterium) sowie für Unterdokumentationen für das Indikatorergebnis relevanter Ereignisse (Relevanzkriterium).

3 Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs

Für das Erfassungsjahr 2018 wurden für die Auswertungsmodule *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* (09n2-HSM-AGGW) und *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (17n1-HÜFT-FRAK) Standorte in einem gezielten Datenabgleich auf Grundlage des Häufigkeitskriteriums erneut überprüft. Im Auswertungsmodul *Koronarchirurgie, isoliert* (HCH-KCH) erfolgte ein gezielter Datenabgleich auf Grundlage von weiteren Auffälligkeiten nach § 9 Abs. 3 Satz 3 QSKH-RL.

Die Ergebnisse sind im Folgenden für die genannten Auswertungsmodule separat dargestellt.

3.1 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)

3.1.1 Umfang des gezielten Datenabgleichs

In Abbildung 2 sind die Fehldokumentationsraten des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* abgebildet. Insgesamt sind 48 Standorte zum Erfassungsjahr 2017 zweiterfasst worden.

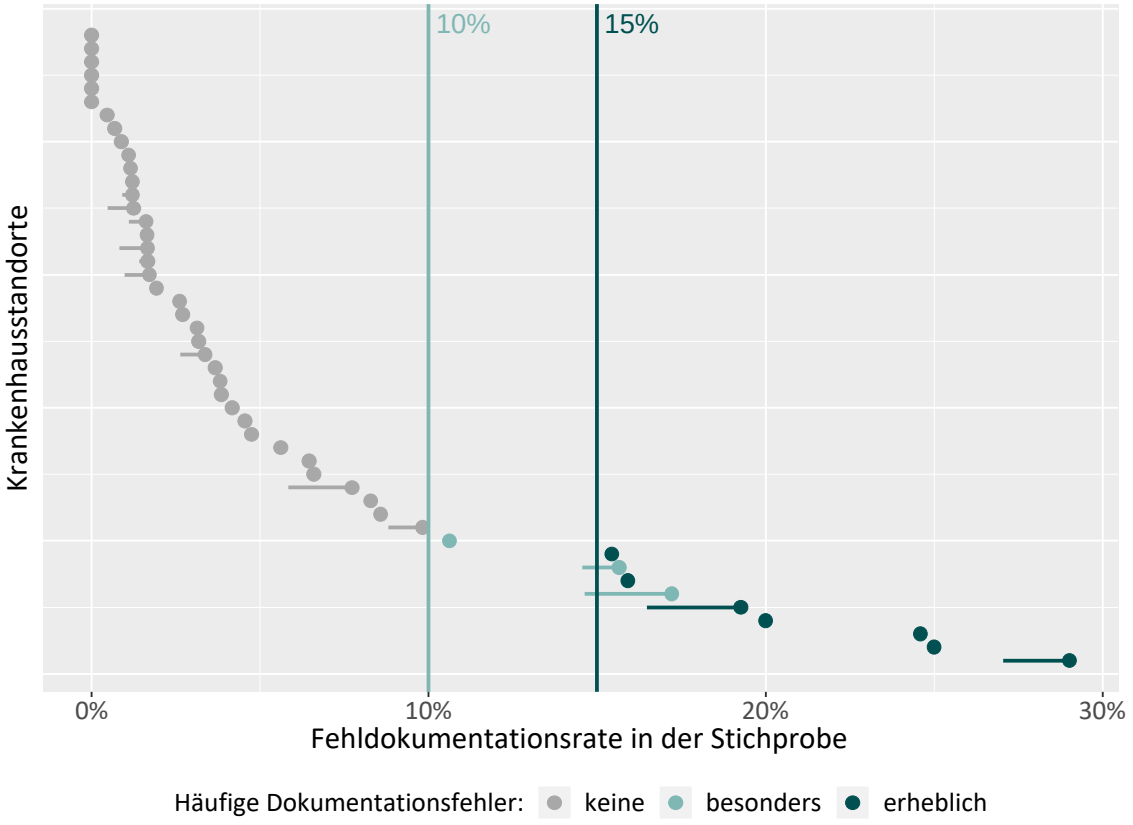

Abbildung 2: Fehldokumentationsrate der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2017 für das Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)

Es ist zu erkennen, dass 7 Standorte eine Fehldokumentationsrate von erheblicher Häufigkeit aufwiesen und damit zukünftig dem Lenkungsgremium auf Landesebene benannt werden. 3

Standorte wiesen besonders häufige Fehldokumentationen auf. Von diesen lagen 2 Standorte bereits über der 15%-Grenze, werden jedoch nicht als Standorte mit erheblich häufigen Dokumentationsfehlern ausgewiesen. Hieran erkennt man den statistischen Einfluss der Gesamtzahl aller dokumentierten Datenfelder aller Fälle dieses Stichprobenverfahrens. Im Jahr 2019 wurden somit insgesamt 10 Standorte erneut im gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2018 überprüft. Die 10 Standorte verteilen sich auf 8 Bundesländer. Es wurden insgesamt 117 Fälle zufällig gezogen. Bei Standorten mit weniger als 20 Fällen wurden alle Fälle zur Prüfung einbezogen. Dies betraf 8 der 10 Standorte, für die damit auch keine Reservefälle zur Verfügung standen. Bei einem Standort waren insgesamt 2 Fälle nicht validierbar, weil diese nach MDK-Gutachten in ambulante Fälle geändert wurden. Da keine Reservefälle gezogen werden konnten, vermindert sich die Stichprobe von 117 Fälle auf 115 Fälle.

3.1.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern

Die bundesweite Übereinstimmungsrate (über alle einbezogenen Datenfelder hinweg) lag bei 92,36 %[4]. Es zeigte sich bei keinem geprüften Standort eine komplett fehlerfreie Dokumentation aller Fälle. Die niedrigste Übereinstimmung lag bei einem Standort mit 48,0 % für dieses geprüfte Auswertungsmodul. Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern über alle Standorte. Die Kreuztabellen sind dem Anhang zu entnehmen.

Im Folgenden werden alle Datenfelder mit Dokumentationsfehlern hinsichtlich des Ausmaßes der Abweichungen sowie deren Einfluss auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Risikoadjustierung beschrieben. Datenfelder mit einer 100%igen Übereinstimmung werden nicht gesondert beschrieben, sondern können den entsprechenden Tabellen entnommen werden. Gegebenenfalls wird anders, als in der Tabelle dargestellt, bei der Beschreibung der Datenfelder von der Reihenfolge des Dokumentationsbogens aufgrund inhaltlicher Zusammenhänge abgewichen.

[4] Die Berechung der bundesweiten Übereinstimmungsrate wird in Abschnitt 2.2.4 erklärt.

Tabelle 8: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW): Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs 2019 (EJ 2018) und Ergebnisse des Vorjahres aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2018 (EJ 2017)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Gezielter Datenabgleich 2019 (EJ 2018)		Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017)	
	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
Indikation zum Aggregatwechsel	Keine Prüfung, da Datenfeld gestrichen		99,7 %	610/612
(DF 16) Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	74,78 %	86/115	84,8 %	519/612
(DF 19) Dauer des Eingriffs	96,52 %	111/115	93,3 %	571/612
(DF 20) System	97,39 %	112/115	100,0 %	612/612
➢ (DF 21.1) *Vorhof*: Reizschwelle	91,14 %	72/79	85,4 %	392/459
➢ (DF 21.2) *Vorhof*: Reizschwelle nicht gemessen	92,86 %	13/14	97,8 %	449/459
➢ (DF 22.1) *Vorhof*: P-Wellen-Amplitude	89,29 %	75/84	83,5 %	389/466
➢ (DF 22.2) *Vorhof*: P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	88,89 %	8/9	97,4 %	454/466
➢ (DF 23.1) *Rechtsventrikuläre Sonde*: Reizschwelle	93,81 %	106/113	86,2 %	520/603
➢ (DF 23.2) *Rechtsventrikuläre Sonde*: Reizschwelle nicht gemessen	0,00 %	0/1	99,5 %	600/603
➢ (DF 24.1) *Rechtsventrikuläre Sonde*: R-Amplitude	89,13 %	82/92	84,9 %	512/603
➢ (DF 24.2) *Rechtsventrikuläre Sonde*: R-Amplitude nicht gemessen	90,91 %	20/22	96,7 %	583/603

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Gezielter Datenabgleich 2019 (EJ 2018)		Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017)	
	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
➢ (DF 25.1) *Linksventrikuläre Sonde*: Reizschwelle	100,00 %	1/1	82,4 %	14/17
➢ (DF 25.2) *Linksventrikuläre Sonde:* Reizschwelle nicht gemessen	-	0/0	100,0 %	17/17
(DF 26) peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	100,00 %	115/115	im Vorjahr nicht gemessen	
➢ (DF 27.1) kardiopulmonale Reanimation	-	0/0	Im Vorjahr nicht gemessen	
➢ (DF 27.2) interventionspflichtiges Taschenhämatom	-	0/0	-	0/0
➢ (DF 27.3) postoperative Wundinfektion	-	0/0	-	0/0
➢ (DF 27.4) sonstige interventionspflichtige Komplikation	-	0/0	im Vorjahr nicht gemessen	
(DF 29) Entlassungsgrund*	100,00 %	115/115	99,8 %	611/612

➢ 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 Entlassgründe wurden in die Kategorien lebend und verstorben entlassen dichotomisiert.

Hinweis: In Grau dargestellte Datenfelder = Pärchen-Felder (nur eines von beiden kann angegeben werden) bezogen sich für EJ 2017 auf alle einbezogenen Fälle, weshalb die Übereinstimmungsrate höher liegt und nicht direkt mit EJ 2018 vergleichbar ist.

(DF 16) Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff
[Übereinstimmungsrate: 74,8 % (86/115)]

An 7 von 10 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 29 von 115 einbezogenen Fällen (25,2 %), von welchen für 19 Fälle die Angabe „aus der Patientenakte nicht ersichtlich" erfolgte. Das Datenfeld *Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff* ist damit, wie bereits im Stichprobenverfahren zum Erfassungsjahr 2017, das Feld, für welches am häufigsten die Angaben in der Patientenakte nicht ersichtlich waren (EJ 2018: 16,5 % vs. EJ 2017: 9,8 %; vgl. IQTIG (2019)[5]. Die Übereinstimmungsrate für dieses Datenfeld war die niedrigste für alle geprüften Datenfelder im gezielten Datenabgleich. Fehldokumentationen bezüglich der vier Antwortmöglichkeiten lagen primär zwischen den Angaben „stationär, eigene Institution" und „stationär, andere Institution" vor. Dieses Datenfeld wird für die QIs 2190 „Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen" und 2191 „Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat und/oder Sonde) innerhalb von 8 Jahren" benötigt, welche allerdings aus Gründen eines gestrichenen Datenfelds nicht für das Erfassungsjahr 2018 ausgewertet werden.

Von 19 Fällen, bei denen der Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff aus der Patientenakte nicht ersichtlich war, wurden in der QS-Dokumentation 18 Fälle fälschlicherweise mit „stationär, andere Institution" und ein Fall mit „stationär, eigene Institution" dokumentiert. Weitere 9 Abweichungen ergaben sich daraus, dass beide Angaben „stationär, eigene" und „stationär andere Institution" verwechselt wurden. Lediglich eine Fehldokumentation der 29 fehldokumentierten Fälle geht darauf zurück, dass in der Akte „stationsersetzend/ambulant, eigene Institution" dokumentiert wurde und in der Qualitätssicherung als „stationär, eigene Institution" angegeben wurde. Insgesamt wurden in der QS-Dokumentation 60 Fälle der Auswahl „stationär, eigene Institution" und 55 Fälle der Auswahl „stationär, andere Institution" zugeordnet. Damit wurden 12 % fälschlicherweise als „stationär, eigene Institution" und 40 % fälschlicherweise als „stationär, andere Institution" dokumentiert, die jedoch keine Auswirkungen auf die Indikatorberechnung haben, da beide Angaben in den Follow-up-Indikatoren gleichbehandelt werden.

(DF 19) Dauer des Eingriffs [Übereinstimmungsrate: 96,5 % (111/115)]

An 30,0 % der Standorte (3 von 10) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 4 von 115 einbezogenen Fällen. In keinem Fall waren die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Die Fehldokumentationsrate lag bei 3,5 %. Da die Angaben zur Schnitt-Naht-Zeit (in Minuten) metrisch sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben. Die Abweichungen schwankten von - 2 Minuten bis + 9 Minuten. In 3 der 4 Fälle lag die OP-Dauer gemäß Patientenakte im Mittel bei 23,3 Minuten. Im 4. Fall lag sie bei exakt 48 Minuten. Dieses Datenfeld geht mit einer Eingriffsdauer von ≤ 45 Minuten in den Zähler des QI 52139 „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln" ein. Die Fehldokumentationen hatten damit keinen Einfluss auf den Einbezug in den Indikator.

[5] Beachte größere Fallzahl zu EJ 2017 (vgl. IQTIG 2019).

(DF 20) System [Übereinstimmungsrate: 97,4 % (112/115)]

An einem Standort lagen zu diesem Datenfeld Abweichungen für 3 Fälle vor. In der Patientenakte wurde in einem Fall „VVI“ und in 2 Fällen „DDD“ dokumentiert, für alle 3 Fälle wurde für die QS allerdings „sonstiges“ angegeben. Die Angaben des Systems gehen in den QI 52307 „Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ ein. Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Filterfeld mit davon abhängigen Feldern zur Bestimmung der Reizschwellen und Signalamplituden. Nur wenn das System korrekt dokumentiert wurde, können die von der jeweiligen Systemart abhängigen Felder korrekt dokumentiert werden. Da für 3 Fälle fälschlicherweise in der QS-Dokumentation „sonstiges“ dokumentiert wurde, liegen in den abhängigen Datenfeldern ggf. Folgefehler vor, da bei „sonstigen Systemen“ keine harten Plausibilitätsregeln hinterlegt werden können, sodass die abhängigen Datenfelder nicht zwingend angeben werden müssen.

Wenn implantiertes Schrittmachersystem = AAI, DDD, CRT-System mit einer Vorhofsonde oder Sonstiges, dann DF 21.1 oder DF 21.2:

- (DF 21.1) Vorhof: Reizschwelle [Übereinstimmungsrate: 91,1 % (72/79)]
  An 5 von 9 Standorten (55,6 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 7 von 79 einbezogenen Fällen. In keinem Fall war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich. 2 der Fehldokumentationen gehen auf Fälle zurück, für die das *System DDD* (DF 20) in der Akte festgestellt wurde und für die QS als „sonstiges“ angegeben wurde. Für beide Fälle wurde weder in diesem Datenfeld noch in DF 21.2 eine Eintragung vorgenommen, da es beim System „sonstiges“ keine harte Plausibilitätsregel zum Ausfüllen von entweder DF 21.1 oder 21.2 gibt. Da in der Patientenakte allerdings Reizschwellenwerte dokumentiert wurden, erfolgt die Abweichung für DF 21.1. Diese Fehldokumentation ist allerdings QI-relevant, da die Fälle durch das Leerlassen der DF 21.1 und 21.2 nicht in den QI 52307 eingegangen sind. Die Abweichungen der weiteren 5 Fehldokumentationen hatten keine Auswirkungen auf den Indikator, da lediglich relevant ist, ob die Messungen durchgeführt wurden.
- (DF 21.2) Vorhof: Reizschwelle nicht gemessen [Übereinstimmungsrate: 92,9 % (13/14)]
  An einem Standort gab es in einem Fall eine Abweichung. In der Patientenakte wurde vorgefunden, dass keine Messung „wegen Vorhofflimmern“ durchgeführt wurde, für die QS wurde allerdings ein Wert in DF 21.1 angegeben. Dieser wird aufgrund dessen, dass immer nur ein Feld ausgefüllt werden kann, nicht in DF 21.1 gewertet, sondern für DF 21.2, da aus der Akte die Eintragung für dieses Feld hervorging. Die Fehldokumentation ist insofern QI-relevant, dass in QI 52307 Fälle mit „Vorhofflimmern“ nicht in die Grundgesamtheit des Indikators eingehen, während Fälle, bei denen ein konkreter Messwert eingetragen wurde, in den Zähler des Indikators eingehen, da die intraoperative Messung durchgeführt wurde.

Wenn implantiertes Schrittmachersystem = AAI, DDD, VDD, CRT-System mit einer Vorhofsonde oder Sonstiges, dann DF 22.1 oder DF 22.2:

- (DF 22.1) Vorhof: P-Wellen-Amplitude [Übereinstimmungsrate: 89,3 % (75/84)]
  An 4 von 9 Standorten (44,4 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 9 von 84 einbezogenen Fällen. Bei keinem Fall war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

2 der Fehldokumentationen gehen auf Fälle zurück, für die das *System DDD* (DF 20) in der Akte festgestellt wurde und für die QS als „sonstiges“ angegeben wurde. Für beide Fälle wurde weder in diesem Datenfeld noch in DF 22.2 eine Eintragung vorgenommen, da es beim System „sonstiges“ keine harte Plausibilitätsregel zum Ausfüllen von entweder DF 22.1 oder 22.2 gibt. Da in der Patientenakte allerdings Amplitudenwerte dokumentiert wurden, erfolgt die Abweichung für DF 22.1. Diese Fehldokumentation ist allerdings QI-relevant, da die Fälle durch das Leerlassen der DF 22.1 und 22.2 nicht in den QI 52307 eingegangen sind. Die Abweichungen der weiteren 7 Fehldokumentationen hatten keine Auswirkungen auf den Indikator, da lediglich relevant ist, ob die Messungen durchgeführt wurden.

- (DF 22.2) P-Wellen-Amplitude nicht gemessen [Übereinstimmungsrate: 88,9 % (8/9)]
  An einem Standort gab es in einem Fall eine Abweichung. In der Patientenakte wurde vorgefunden, dass die P-Wellen-Amplitude „aus anderen Gründen“ nicht gemessen wurde, in der QS-Dokumentation wurde allerdings fälschlicherweise ein Wert für DF 22.1 eingetragen. Somit ging dieser Fall fälschlicherweise in den Zähler des QI 52307 ein. Dieser wird aufgrund dessen, dass immer nur ein Feld ausgefüllt werden kann, nicht in DF 22.1 gewertet, sondern für DF 22.2, da aus der Akte die Eintragung für dieses Feld hervorging.

Wenn implantiertes Schrittmachersystem = VVI, DDD, VDD, CRT-System mit einer Vorhofsonde, CRT-System ohne Vorhofsonde oder Sonstiges, dann DF 23.1 oder DF 23.2 und DF 24.1 oder 24.2:

- (DF 23.1) Rechtsventrikuläre Sonde: Reizschwelle [Übereinstimmungsrate: 93,8 % (106/113)]
  An 4 von 10 Standorten (40,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 7 von 113 einbezogenen Fällen (6,2 %). Bei keinem Fall war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.
  Eine der Fehldokumentationen geht auf den Fall zurück, für den das *System VVI* (DF 20) in der Akte festgestellt wurde und in der QS-Dokumentation als „sonstiges“ angegeben wurde. Für diesen Fall wurde weder in diesem Datenfeld noch in DF 23.2 eine Eintragung in der QS-Dokumentation vorgenommen, da es beim System „VVI“ keine harte Plausibilitätsregel zum Ausfüllen von entweder DF 23.1 oder 23.2 gibt. Da in der Patientenakte allerdings Reizschwellenwerte dokumentiert wurden, erfolgt die Abweichung für DF 23.1. Diese Fehldokumentation ist allerdings QI-relevant, da die Fälle durch das Leerlassen der DF 23.1 und 23.2 nicht in den QI 52307 eingegangen sind. Zwei weitere Abweichungen gehen ebenfalls auf die o.g. Fälle zurück, für die die Angabe zum DF 20 fehldokumentiert wurde („sonstiges System“ vs. DDD). Auch für diese beiden Fälle gelten die zuvor beschriebenen Bedingungen (keine harte Plausibilitätsregel), sodass es möglich war, keine Angaben für die QS-Dokumentation vorzunehmen. Die Abweichungen der weiteren 4 Fehldokumentationen hatten keine Auswirkungen auf den Indikator, da lediglich relevant ist, ob die Messungen durchgeführt wurden.

- (DF 23.2) Rechtsventrikuläre Sonde: Reizschwelle nicht gemessen [Übereinstimmungsrate: 0 % (0/1)]
  An einem Standort gab es eine Abweichung in einem Fall, für welchen fälschlicherweise nicht angegeben wurde, dass die Reizschwelle „nicht gemessen“ wurde, obgleich dies so in der Patientenakte vermerkt war. Für diesen Fall wurde in der QS-Dokumentation fälschlicherweise ein Wert für DF 23.1 eingetragen. Somit ging dieser Fall fälschlicherweise in den Zähler des QI 52307 ein. Dieser wird aufgrund dessen, dass immer nur ein Feld ausgefüllt sein kann, nicht in DF 23.1 gewertet, sondern für DF 23.2, da aus der Akte die Eintragung für dieses Feld hervorging.
- (DF 24.1) Rechtsventrikuläre Sonde: R-Amplitude [Übereinstimmungsrate: 89,1 % (82/92)]
  An 8 von 10 Standorten (80,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 10 von 92 einbezogenen Fällen (10,9 %). Bei keinem Fall war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.
  Eine der Fehldokumentationen geht auf den Fall zurück, für den das *System VVI* (DF 20) in der Akte festgestellt wurde und in der QS-Dokumentation als „sonstiges“ angegeben wurde. Für diesen Fall wurde weder in diesem Datenfeld noch in DF 24.2 eine Eintragung in der QS-Dokumentation vorgenommen, da es beim System „VVI“ keine harte Plausibilitätsregel zum Ausfüllen von entweder DF 24.1 oder 24.2 gibt. Da in der Patientenakte allerdings Amplitudenwerte dokumentiert wurden, erfolgt die Abweichung für DF 24.1. Diese Fehldokumentation ist allerdings QI-relevant, da die Fälle durch das Leerlassen der DF 24.1 und 24.2 nicht in den QI 52307 eingegangen sind.
  Die Abweichungen der weiteren 9 Fehldokumentationen hatten keine Auswirkungen auf den Indikator, da lediglich relevant ist, ob die Messungen durchgeführt wurden.
- (DF 24.2) Rechtsventrikuläre Sonde: R-Amplitude nicht gemessen [Übereinstimmungsrate: 90,9 % (20/22)]
  An einem Standort gab es eine Abweichung in 2 Fällen. In beiden Fällen wurde in der Patientenakte die Begründung „kein Eigenrhythmus“ festgestellt, weshalb die R-Amplitude nicht gemessen wurde. Für die QS wurden jedoch im einen Fall „aus anderen Gründen“ angegeben. In diesem Fall besteht eine QI-relevante Fehldokumentation, die sich jedoch zum Nachteil des Leistungserbringers auswirkt.
  Im zweiten Fall wurde fälschlicherweise keine Angabe in den Feldern 24.1 und 24.2 vorgenommen. Bei beiden Fehldokumentationen handelt es sich um die Fälle, für die das *System DDD* (DF 20) in der Akte festgestellt wurde und in der QS-Dokumentation fälschlicherweise als „sonstiges“ angegeben wurde. Dadurch, dass das System fehldokumentiert wurde, bestand für die Angabe zu diesen Datenfeldern (DF 24.1 oder 24.2) keine harte Plausibilitätsregel.

3.1.3 Maßnahmen und Rückmeldungen der auf Landesebene beauftragten Stellen

Den Krankenhausstandorten mit Abweichungen im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2018 (EJ 2017) wurden von den auf Landesebene beauftragten Stellen gezielt Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation unter Hinzuziehung der zu beachtenden Ausfüllhinweise gege-

ben. Mit einigen Standorten wurden damals konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität vereinbart. Der gezielte Datenabgleich 2019 zum Erfassungsjahr 2018 bei Standorten mit Dokumentationsfehlern in besonderer und erheblicher Häufigkeit zeigte an manchen Standorten eine bessere Dokumentationsqualität bei erneuter Überprüfung. In Bezug auf die Dokumentationsqualität an anderen Standorten wurde von einer LQS jedoch auch auf den Aspekt hingewiesen, dass der betroffene Zeitpunkt der Dokumentation mancher zufällig gezogenen Fälle zum ersten Halbjahr 2018 vorgenommen wurde und sich Verbesserungsmaßnahmen deshalb zu dem Zeitpunkt noch nicht vollumfänglich durchgesetzt hätten. Insgesamt wurde die Datenvalidierung vor Ort als gute Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch beschrieben. Dabei können Dokumentations- und Verständnisprobleme sowie softwarebedingte Fehlerquellen besprochen werden. Systematische oder beabsichtigte Beeinflussung der Dokumentation seien nicht erkennbar gewesen.

In Bezug auf die Datenfelder wurde festgestellt, dass die *Reizschwelle* bei der ersten Überprüfung im Datenvalidierungs-Tool bei 0,5 ms eingegeben werden muss, die Messungen an manchen Standorten allerdings häufig mit 0,4 ms vorprogrammiert waren und es dadurch zu Abweichungen 2018 (EJ 2017) kam. An einem Standort, der nun erneut überprüft wurde, kam es in der Folge zu einer Umprogrammierung. Die auf Landesebene beauftragte Stelle konnten 2019 bei den Reizschwellen insgesamt deutlich weniger Abweichungen feststellen, was ggf. auch auf die o. g. Anpassung zurückzuführen sein könnte. Des Weiteren werde der Optimierungsprozess seitens der Standorte weitergeführt.

Hinsichtlich des Datenfeldes *Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff* wurden im gezielten Datenabgleich, wie bereits im Stichprobenverfahren vom Vorjahr, die häufigsten Abweichungen festgestellt. Diese Abweichungen traten insbesondere auf, wenn der Eingriff in einem anderen Krankenhaus erfolgte und zusätzlich aus der Akte nicht ersichtlich war, ob dieser stationär oder ambulant durchgeführt wurde. Diese Angabe ist insbesondere für die korrekte Berechnung der Follow-up Indikatoren notwendig.

3.1.4 Ergebnisse zum Häufigkeitskriterium

Grundlage für die Entscheidung, ob ein Krankenhausstandort besonders oder erheblich häufige Dokumentationsfehler aufweist, ist ein statistisches Verfahren, das die Stichprobenunsicherheit berücksichtigt (vgl. IQTIG 2020c). Der Grenzwert für die Fehldokumentationsrate in der Stichprobe, ab dem besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler vorliegen, liegt daher ggf. über 10 % bzw. 15 % und hängt unter anderem von der Gesamtzahl aller dokumentierten Datenfelder N ab. Zusätzlich zur jeweiligen Fehldokumentationsrate ist daher in den Grafiken für Standorte mit mehr als 20 Fällen auch die untere Grenze des in der statistischen Methodik verwendeten 90%-Vertrauensintervalls angegeben. Falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf.

In Abbildung 3 sind die Schätzungen der Fehldokumentationsraten der Krankenhausstandorte des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* dargestellt (mit 90%-Vertrauensintervall).

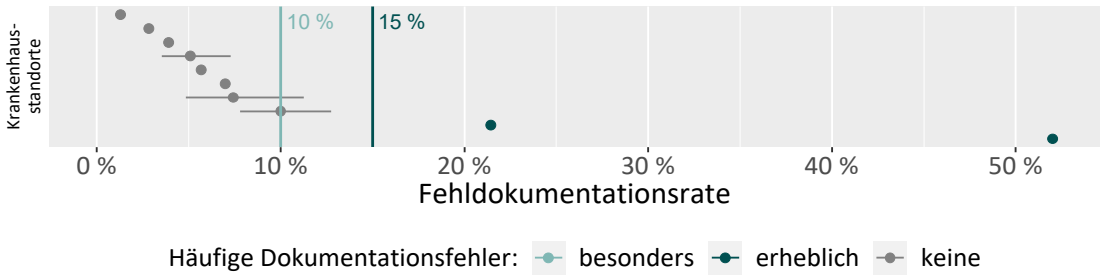

Abbildung 3: Fehldokumentationsrate der Standorte nach gezieltem Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)

Es ist zu erkennen, dass von den 10 überprüften Standorten bei 8 Standorten als Ergebnis des gezielten Datenabgleichs weder besonders häufige noch erheblich häufige Dokumentationsfehler vorlagen. Bei 2 Standorten waren die Dokumentationsfehler allerdings wiederholt von erheblicher Häufigkeit. Dies betraf Standorte mit wiederholt sehr wenigen zu dokumentierenden Fällen für dieses QS-Verfahren, die gänzlich in die Stichproben einflossen (Standort 1: EJ 2018 = 3 Fälle, EJ 2017 = 4 Fälle / Standort 2: EJ 2018 = 2 Fälle, EJ 2017 = 14 Fälle). Gemäß IQTIG-Vorschlag zum gezielten Datenabgleich sollen die Standorte gegenüber dem Lenkungsgremium auf Landesebene benannt werden.

3.2 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)

3.2.1 Umfang des gezielten Datenabgleichs

In Abbildung 4 sind die Fehldokumentationsraten des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* abgebildet. Insgesamt sind 62 Standorte zum Erfassungsjahr 2017 zweiterfasst worden. Es ist zu erkennen, dass 14 Standorte eine Fehldokumentationsrate von erheblicher Häufigkeit aufwiesen und damit zukünftig dem Lenkungsgremium auf Landesebene benannt werden. 18 Standorte wiesen besonders häufige Fehldokumentationen auf. Einige Standorte, die nicht auffällig sind, liegen bereits über der 10%-Grenze, werden jedoch nicht als Standorte mit besonders häufigen Dokumentationsfehlern ausgewiesen. Dies liegt an dem statistischen Einfluss der Gesamtzahl aller dokumentierten Datenfelder aller Fälle dieses Stichprobenverfahrens. Im Jahr 2019 wurden somit insgesamt 32 Standorte erneut im gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2018 überprüft.

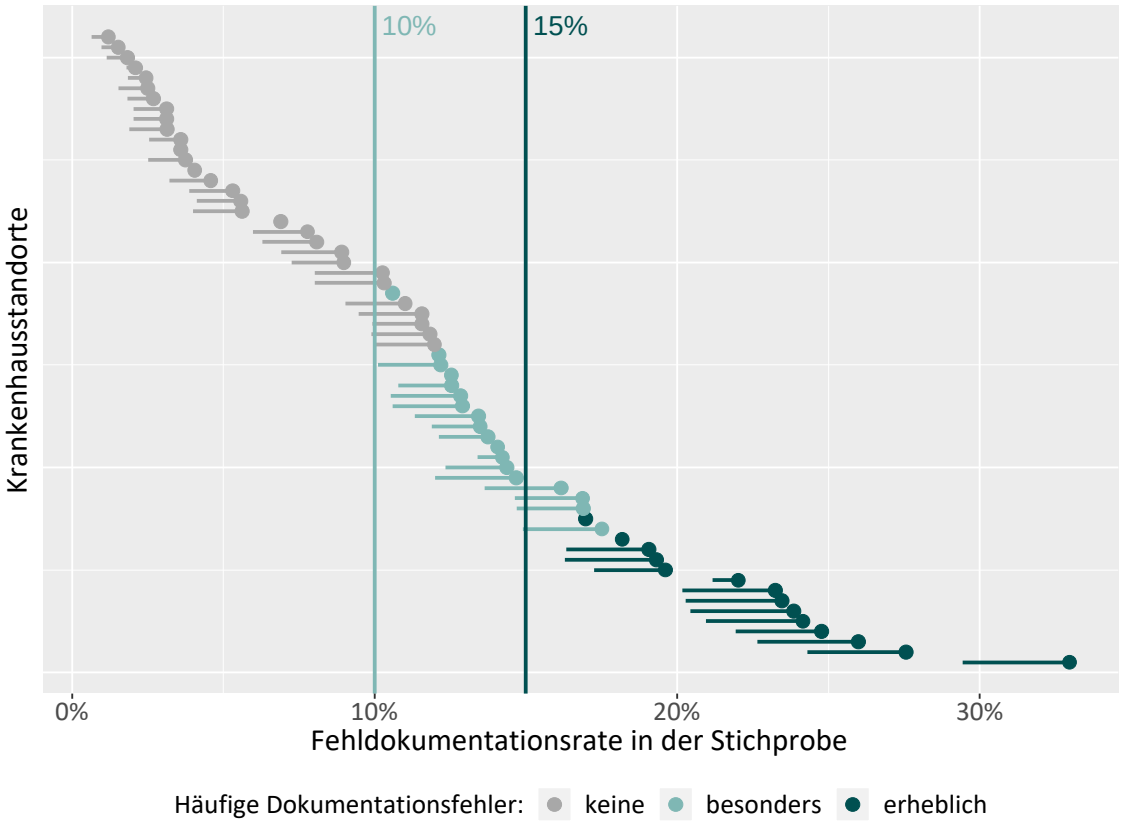

Abbildung 4: Fehldokumentationsrate der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2017 für das QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)

Die 32 Standorte verteilen sich auf 11 Bundesländer. Insgesamt wurden 624 Fälle zufällig gezogen. Bei Standorten mit weniger als 20 Fällen wurden alle Fälle zur Prüfung einbezogen. Dies

betraf nur einen Standort, für den damit auch keine Reservefälle zur Verfügung standen. An 3 Standorten wurden für insgesamt 4 Fälle Reservefälle gezogen, da sich an einem Standort die Akte noch im Archiv befand, an einem Standort die Akte nachgereicht wurde und am dritten Standort 2 Patientenakten nicht auffindbar waren.

3.2.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern

Die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder hinweg lag bei 89,95 %[6]. Es zeigte sich bei keinem geprüften Standort eine komplett fehlerfreie Dokumentation aller Fälle. Die niedrigste Übereinstimmung lag bei einem Standort mit 78,97 % für dieses geprüfte Auswertungsmodul vor. Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern über alle Standorte. Die Kreuztabellen sind dem Anhang zu entnehmen.

Im Folgenden werden alle Datenfelder mit Dokumentationsfehlern hinsichtlich des Ausmaßes der Abweichungen sowie deren Einfluss auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Risikoadjustierung beschrieben. Datenfelder mit einer 100%igen Übereinstimmung werden nicht gesondert beschrieben, sondern können den entsprechenden Tabellen entnommen werden. Gegebenenfalls Wird, anders als in der Tabelle dargestellt, bei der Beschreibung der Datenfelder von der Reihenfolge des Dokumentationsbogens aufgrund inhaltlicher Zusammenhänge abgewichen.

[6] Die Berechung der bundesweiten Übereinstimmungsrate wird in Abschnitt 2.2.4 erklärt.

Tabelle 9: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK): Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs 2019 (EJ 2018) und Ergebnisse des Vorjahres aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2018 (EJ 2017)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	**Gezielter Datenabgleich 2019 (EJ 2018)**		**Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017)**	
	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	**Anzahl einbezogener Fälle**	**Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)**	**Anzahl einbezogener Fälle**
(DF 8) Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus	99,20 %	619/624	technischer Übertragungsfehler im Vorjahr	
(DF 12) Frakturereignis	99,84 %	623/624	99,5 %	1.173/1.179
➢ (DF 13) Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)	85,71 %	12/14	71,9 %	23/32
➢ (DF 14) Zeitpunkt der Fraktur	42,86 %	6/14	technischer Übertragungsfehler im Vorjahr	
(DF 15) Frakturlokalisation	96,79 %	604/624	97,2 %	1.146/1.179
(DF 17) Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	91,51 %	571/624	Geändertes Feld: Im Vorjahr = *„Art der Medikation“* mit den Medikationen als Auswahlkategorien (Mehrfachangabe möglich):	
(DF 18.1) Vitamin-K-Antagonisten	95,85 %	254/265	72,0 %	392,83/546
(DF 18.2) Thrombozytenaggregationshemmer	83,40 %	221/265		
(DF 18.3) DOAK/NOAK	93,21 %	247/265		
(DF 18.4) sonstige	98,87 %	262/265		
(DF 19) Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	71,96 %	449/624	69,1 %	815/1.179
(DF 20) Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	85,90 %	536/624	73,3 %	864/1.179
(DF 21) Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?	74,04 %	462/624	74,7 %	881/1.179
(DF 22) Einstufung nach ASA-Klassifikation	86,06 %	537/624	84,4 %	995/1.179

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Gezielter Datenabgleich 2019 (EJ 2018)		Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017)	
	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 25) Beginn des Eingriffs	96,63 %	603/624	technischer Übertragungsfehler im Vorjahr	
(DF 29) Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	97,44 %	608/624	im Vorjahr nicht gemessen	
➢ (DF 30.1) primäre Implantatfehllage	100,00 %	28/28	100,0 %	21/21
➢ (DF 30.2) sekundäre Implantatdislokation	96,43 %	27/28	85,7 %	18/21
➢ (DF 30.3) OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom	82,14 %	23/28	71,4 %	15/21
➢ (DF 30.4) OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	100,00 %	28/28	100,0 %	21/21
➢ (DF 30.5) bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	100,00 %	28/28	95,2 %	20/21
➢ (DF 30.6) Fraktur	100,00 %	28/28	95,2 %	20/21
➢ (DF 30.7) reoperationspflichtige Wunddehiszenz	100,00 %	28/28	95,2 %	20/21
➢ (DF 30.8) reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	92,86 %	26/28	100,0 %	21/21
➢ (DF 30.9) sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	67,86 %	19/28	im Vorjahr nicht gemessen	
(DF 31) postoperative Wundinfektion	99,84 %	623/624	99,7 %	1.175/1.179
➢ (DF 32) Wundinfektionstiefe	100,00 %	2/2	28,6 %	2/7

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Gezielter Datenabgleich 2019 (EJ 2018)		Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017)	
	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 34) Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	94,07 %	587/624	im Vorjahr nicht gemessen	
➢ (DF 35.1) Pneumonie	94,78 %	109/115	84,2 %	117/139
➢ (DF 35.2) behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	90,43 %	104/115	87,1 %	121/139
➢ (DF 35.3) tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	100,00 %	115/115	100,0 %	139/139
➢ (DF 35.4) Lungenembolie	98,26 %	113/115	98,6 %	137/139
➢ (DF 35.5) katheterassoziierte Harnwegsinfektion	90,43 %	104/115	83,5 %	116/139
➢ (DF 35.6) Schlaganfall	99,13 %	114/115	100,0 %	139/139
➢ (DF 35.7) akute gastrointestinale Blutung	99,13 %	114/115	99,3 %	138/139
➢ (DF 35.8) akute Niereninsuffizienz	94,78 %	109/115	93,5 %	130/139
➢ (DF 35.9) sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	85,22 %	98/115	im Vorjahr nicht gemessen	
(DF 36) Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	86,18 %	474/550	87,2 %	1.028/1.179
(DF 37) Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	83,82 %	461/550	91,0 %	1.073/1.179
(DF 38) Gehstrecke bei Entlassung	78,33 %	470/600	72,8 %	858/1.179
(DF 39) Gehhilfen bei Entlassung	84,83 %	509/600	79,7 %	940/1.179

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Gezielter Datenabgleich 2019 (EJ 2018)		Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017)	
	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 41) Entlassungsgrund*	99,84 %	623/624	99,7 %	1.175/1.179
(DF NA) Praeoperative Verweildauer in Minuten	90,38 %	564/624	technischer Übertragungsfehler im Vorjahr	

➢ 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 Entlassgründe wurden in die Kategorien lebend und verstorben entlassen dichotomisiert.

(DF NA) Praeoperative Verweildauer in Minuten [Übereinstimmungsrate: 90,4 % (564/624)]
Die präoperative Verweildauer in Minuten ist ein berechnetes Datenfeld, welches an das IQTIG exportiert wird und für den QI 54030 „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ relevant ist. Es gehen unterschiedliche Datenfelder in die Berechnung ein, von denen nicht alle an das IQTIG übermittelt werden. Die Berechnung erfolgt als Differenz des *OP-Datums* (DF nicht übermittelt) und der *OP-Uhrzeit* (DF 25) und des *Aufnahmedatums* (DF nicht übermittelt) und der *Aufnahmeuhrzeit* (DF 8). Wenn DF 12 *Frakturereignis* = 2 ist („ereignete sich erst während des stationären Aufenthalts“), erfolgt die Berechnung anhand der Differenz von *OP-Datum* und *OP-Uhrzeit* und dem *Inhouse-Frakturdatum* (DF 13) und der *Inhouse-Frakturuhrzeit* (DF 14). Alle übermittelten Datenfelder werden nachfolgend beschrieben.

An 15 von 32 Standorten (46,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 60 von 624 einbezogenen Fällen (9,62 %). Die Abweichungen zwischen den für die Berechnung erforderlichen Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte schwankten für die resultierende Verweildauer von 1 Minute (kleinste Differenz) bis 525.603 Minuten (größte Differenz). Ohne Einbezug des Maximalwerts lag die größte Differenz zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte bei 8.370 Minuten. Die mittlere Abweichungszeit zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte lag bei 8.646,9 Minuten. Ohne Einbezug des Maximalwerts lag die mittlere Abweichung bei 115,1 Minuten. Der Median in der QS-Dokumentation lag bei 543 Minuten und in der Patientenakte bei 777 Minuten. Dies bedeutet, dass für 50 % der Patientinnen und Patienten mindestens diese präoperative Verweildauer vorlag und durch die Zweiterfassung vor Ort festgestellt wurde, dass diese höher lag, als für die QS dokumentiert.

In einem Fall erfolgte eine „nicht ersichtlich“-Angabe in einem der zur Berechnung herangezogenen Datenfelder (DF 14) (siehe Anhang). Diese Angabe wurde allerdings als Übereinstimmung gewertet, da eine fehlerhafte Dokumentation im Datenfeld *Fraktur* (DF 12) vorlag und somit die Formel identisch der zur Fraktur vor Aufnahme verwendet wurde. Dies liegt daran, dass das Frakturdatum inkl. Uhrzeit nur dann genutzt wird, wenn beide Felder gefüllt sind. Da in dem Fall die Frakturzeit „nicht ersichtlich“ war, wurden automatisch die Datenfelder *Aufnahmedatum* und *Aufnahmeuhrzeit* herangezogen.

(DF 8) Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus [Übereinstimmungsrate: 99,2 % (619/624)]
An 4 von 32 Standorten (12,5 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 5 von 624 einbezogenen Fällen (0,8 %). Bei einem der 5 Fälle weicht die Angabe nur um eine Minute ab. In den weiteren 4 Fällen lagen Unterschiede von 36 min, 3 h 16 min, 4 h 30 min und 8 h 54 min vor. Das Datenfeld wird für die Berechnung der präoperativen Verweildauer benötigt und ist für den QI 54030 „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ relevant.

(DF 25) Beginn des Eingriffs [Übereinstimmungsrate: 96,63 % (603/624)]
An 7 von 32 Standorten (21,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 21 Fälle von 624 (3,4 %). Das Datenfeld wird für die Berechnung der präoperativen Verweildauer benötigt und ist für den QI 54030 „Präoperative

Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ relevant. Die Abweichungen der Angaben zum Beginn des Eingriffs schwankten zwischen 3 min und 11 h 17 min zwischen der QS-Dokumentation und Dokumentation in der Patientenakte. Wenn man die beiden Fälle mit einer Differenz von über 11 h für den Mittelwert der Abweichung unberücksichtigt lässt, liegt die Differenz für die verbliebenen 19 Fälle bei 1 h 56 min.

(DF 12) Frakturereignis [Übereinstimmungsrate: 99,8 % (623/624)]

Es gab an einem Standort eine Abweichung in einem Fall. Bei diesem wurde fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert, dass sich das Ereignis „während des akut-stationären Aufenthalts“ ereignete. Stattdessen wurde angegeben, dass das Ereignis „der Grund für die akut-stationäre Aufnahme“ war. Der Anteil der Unterdokumentationen – basierend auf den Angaben der Patientenakte – in Bezug auf die Fälle, die eine Fraktur während eines stationären Aufenthalts (n=14) erlitten, liegt bei einer generell hohen Gesamtübereinstimmungsrate von 99,8 % für dieses Datenfeld bei 7,1 %.

Wenn Frakturereignis = 2 (ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthalts), dann DF 13 und DF 14:

- (DF 13) Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes) [Übereinstimmungsrate: 85,7 % (12/14)]
  Es ereignete sich insgesamt 14-mal eine Fraktur während des akut-stationären Aufenthalts. Für diese Fälle mussten das Datum und der Zeitpunkt notiert werden. An 2 Standorten und insgesamt in 2 Fällen des DF 13 stimmte das Datum nicht zwischen den Angaben für die QS und in der Patientenakte überein. Bei dem einen Fall handelt es sich um den gleichen, der fälschlicherweise auch für DF 12 nicht für die QS dokumentiert wurde. In der Patientenakte wurde für diesen Fall ein Frakturdatum dokumentiert, nicht jedoch für die QS. Der *Zeitpunkt der Fraktur* (DF 14) war jedoch nicht ersichtlich. In dem anderen Fall war das Datum der Fraktur gemäß Patientenakte einen Tag früher als für die QS angegeben. Dieses Datenfeld wird für die Berechnung der präoperativen Verweildauer benötigt und ist für den QI 54030 „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ relevant. In dem einen Fall, der in diesem Datenfeld fehldokumentiert wurde, lag auch eine fehlerhafte präoperative Verweildauer vor. In dem anderen fehldokumentierten Fall stimmte die präoperative Verweildauer überein, da die Angaben zur Fraktur fehlerhaft war und in dem Fall die Formel identisch der zur Fraktur vor Aufnahme verwendet wurde (Näheres siehe DF präoperative Verweildauer).

- (DF 14) Zeitpunkt der Fraktur [Übereinstimmungsrate: 46,9 % (6/14)
  An 7 von 13 Standorten gab es für insgesamt 8 Fälle eine Abweichung zur Angabe des Zeitpunkts der Fraktur, wovon eine Abweichung darauf zurückgeht, dass die Angabe in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war. Dieses Datenfeld wird für die Berechnung der präoperativen Verweildauer benötigt und ist für den QI 54030 „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ relevant. In 7 der 8 fehldokumentierten Fälle, lag auch eine fehlerhafte präoperative Verweildauer vor. In dem anderen fehldokumentierten Fall stimmte die präoperative Verweildauer überein, da die

Angaben zur Fraktur fehlerhaft war und in dem Fall die Formel identisch der zur Fraktur vor Aufnahme verwendet wurde (Näheres s. DF präoperative Verweildauer).

(DF 15) Frakturlokalisation [Übereinstimmungsrate: 96,8 % (604/624)]

An 12 von 32 Standorten (37,5 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 20 von 624 einbezogenen Fällen (3,21 %). Bei keinem Fall war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Von den 20 fehldokumentierten Fällen ergaben sich die meisten Fehldokumentationen (n = 14) durch die Angabe „sonstige" Fraktur für die QS. Für diese Fälle lag gemäß Patientenakte aber entweder eine „medial", „laterale" oder „pertrochantäre" Fraktur vor. Für die QS wurde eine „sonstige" Fraktur insgesamt in 26 Fällen dokumentiert, die gemäß Patientenakte lediglich in 12 Fällen tatsächlich vorlag. Die weiteren Abweichungen verteilen sich auf die anderen Antwortmöglichkeiten: Bei 3 Fällen wurde eine „mediale" Fraktur für die QS dokumentiert, die in der Patientenakte einmal als eine „pertochantäre" und 2-mal als „laterale" Fraktur angegeben war. In einem weiteren Fall wurde für die QS fälschlicherweise eine laterale Fraktur dokumentiert, obwohl eine „pertrochantäre" Fraktur vorlag. Und in den 2 verbliebenen Fällen wurde fälschlicherweise für die QS eine „pertrochanäre" Fraktur dokumentiert, die in der Patientenakte einmal als „mediale" und einmal als „laterale" Fraktur vermerkt waren. Dieses Datenfeld ist für die Risikoadjustierung mehrerer Indikatoren relevant und beeinflusst das E (expected) der logistischen Regression. Eine fehlerhafte Dokumentation kann daher entweder zu einem höheren oder niedrigeren Anteil erwarteter Fälle führen.

(DF 17) Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen [Übereinstimmungsrate: 91,5 % (571/624)]

An 21 von 32 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte (65,6 %). Dies betraf 53 von 624 einbezogenen Fällen (8,5 %). Alle Angaben waren aus der Patientenakte ersichtlich. Das Datenfeld ist für den QI 54030 „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur" relevant. In den Zähler des Indikators geht der Schwellenwert für kritische präoperative Verweildauer in Abhängigkeit von Medikation bei antithrombotischer Dauertherapie (DOAK/NOAK) ein. Da es sich um ein Filterfeld für die jeweiligen spezifischen Medikationen handelt, zu denen nur Angaben bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden können, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung. Der Anteil an Unterdokumentationen an allen Fällen, die gemäß Patientenakte bereits mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen wurden (DF 17 = 1), lag bei 17,5 % (45/257). Insgesamt 8 Fälle wurden fälschlicherweise für die QS dokumentiert und damit überdokumentiert.

Wenn ein Patient mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen wurde (= ja), dann DF 18.1 bis DF 18.4:

Die folgenden abhängigen Datenfelder konnten für eine Patientin / einen Patienten entweder mit = ja bestätigt oder freigelassen werden. Daher kann für eine Patientin / einen Patienten auch die Angabe zu mehreren Medikamenten erfolgt sein. Insgesamt musste für 265 Fälle mindestens ein abhängiges Feld ausgefüllt werden. Die 4 abhängigen Felder sind für die Risikoadjustierung

des QI 54040 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ und den QI 54042 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ relevant.

- (DF 18.1) Vitamin-K-Antagonisten [Übereinstimmungsrate: 95,85 % (254/265)]
  An 7 von 32 Standorten (21,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 11 Fällen (4,2 %). In 8 Fällen wurde die Arzneimittelgruppe der Vitamin-K-Antagonisten in der Patientenakte angegeben, aber fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Hieraus ergibt sich basierend auf den Angaben der Patientenakte eine Unterdokumentation von 19,5 % in Bezug auf die Fälle, die mit einem Vitamin-K-Antagonisten aufgenommen wurden (n = 41). Der Anteil der Unterdokumentation bezogen auf alle Fälle, für die in der Patientenakte eine Eintragung erfolgte, lag bei 19,5 % (8/41). In 3 Fällen war es genau umgekehrt, sodass eine Überdokumentation für die QS erfolgte.
- (DF 18.2) Thrombozytenaggregationshemmer [Übereinstimmungsrate: 83,40 % (221/265)]
  An 18 von 32 Standorten (56,3 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 44 Fälle von 265 (16,6 %). In 38 Fällen wurde die Arzneimittelgruppe der Thrombozytenaggregationshemmer in der Patientenakte angegeben, aber fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Hieraus ergibt sich basierend auf den Angaben der Patientenakte eine Unterdokumentation von 25 % in Bezug auf die Fälle, die mit Throbozytenaggregationshemmern aufgenommen wurden (n = 152). In 6 Fällen erfolgte keine Angabe für die QS-Dokumentation, obgleich diese Arzneimittelgruppe in der Patientenakte vermerkt war.
- (DF 18.3) DOAK/NOAK [Übereinstimmungsrate: 93,21 % (247/265)]
  An 9 von 32 Standorten (28,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte, was einen direkten Einfluss auf den Schwellenwert der präoperativen Verweildauer von 24 bzw. 48 h hat. Bei 18 Fällen von 265 (6,8 %) wurde eine Abweichung festgestellt. In 11 Fällen wurde die Arzneimittelgruppe DOAK/NOAK in der Patientenakte angegeben, aber fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Hieraus ergibt sich basierend auf den Angaben der Patientenakte eine Unterdokumentation von 16,2 % in Bezug auf die Fälle, die mit DOAK/NOAK aufgenommen wurden (n = 68). In 7 Fällen erfolgte keine Angabe für die QS-Dokumentation, obgleich diese Arzneimittelgruppe in der Patientenakte vermerkt war.
- (DF 18.4) sonstige [Übereinstimmungsrate: 98,87 % (262/265)]
  An 3 Standorten von 32 (9,4 %) erfolgte eine Abweichung in 3 Fällen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Alle Abweichungen ergaben sich daraus, dass dieses Datenfeld fälschlicherweise für die QS überdokumentiert wurde.

(DF 19) Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) [Übereinstimmungsrate: 71,96 % (449/624)]

An 25 von 32 Standorten (78,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 175 Fälle von 624 (28,0 %). Davon ergaben sich

128 Abweichungen aufgrund dessen, dass die Gehstrecke in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war, was einen Anteil von 73,1 % der Abweichungen ausmacht. Dies ist das Datenfeld mit den meisten Angaben von „nicht ersichtlich“ (20,5 %) unter allen Datenfeldern, die in diesem Auswertungsmodul datenvalidiert wurden.

Die anderen 47 Abweichungen verteilen sich über alle fünf möglichen Antwortkategorien. Es erfolgten ebenso Fehldokumentationen in der Art, dass für Patientinnen und Patienten, die laut Akte „immobil“ oder nur „im Zimmer mobil“ waren, für die QS mit der Kategorie „Gehen am Stück bis 500m möglich“ dokumentiert wurde. Dieses Datenfeld ist für die Risikoadjustierung folgender Indikatoren relevant:

- 54033 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“: Bei diesem Indikator ist das Datenfeld auch für den Nenner des O (observed) von Bedeutung.
- 54042 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“
- 54046 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“

Sind Patientinnen und Patienten fälschlicherweise mit einer besseren Gehfähigkeit für die QS dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch niedrigen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann somit zu einer Qualitätseinschätzung ggf. zuungunsten des Standorts führen. Dies erfolgte in 7 Fällen (QS: 1;2;3 vs. Akte: 4;5; siehe Anhang). Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn Patientinnen und Patienten für die QS mit einer schlechteren Gehfähigkeit im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert werden (QS: 4;5 vs. Akte 1;2;3; siehe Anhang), was insgesamt 6-mal vorkam. Die weiteren 34 Fehldokumentationen hatten keine Auswirkungen auf die Risikoadjustierung.

Problematisch ist die hohe Anzahl der Angaben, die nicht aus der Patientenakte nachvollzogen werden können („nicht ersichtlich“). Gerade in Bezug auf Fälle mit einer schlechteren Gehfähigkeit kann nicht geschlussfolgert werden, ob es ggf. zu einem falsch höheren Risikoprofil zugunsten der Standorte gekommen wäre. Von den insgesamt 78 Fällen, für die „im Zimmer mobil“ und 24 Fällen für die „immobil“ für die QS dokumentiert wurden (insgesamt = 102), waren 70,0 % korrekt dokumentiert, 21,6 % nicht ersichtlich und 8,8 % fehldokumentiert.

(DF 38) Gehstrecke bei Entlassung [Übereinstimmungsrate: 78,33 % (470/600)]

An genau so vielen Standorten wie zum Datenfeld „Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor Fraktur)“ gab es Abweichungen bei der Angabe zur Gehstrecke bei Entlassung, nämlich in 25 von 32 Standorten (78,1 %). Bei 130 Fällen von 600 (21,8 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dass sich die Grundgesamtheit nur auf n = 600 bezieht, liegt daran, dass bei Todesfällen dieses Datenfeld nicht ausgefüllt werden muss. Insgesamt war die Angabe zur Gehstrecke bei Entlassung in 20 Fällen „nicht ersichtlich“ und damit deutlich häufiger in der Patientenakte dokumentiert als bei selbigem Datenfeld zur Aufnahme/vor Fraktur. Dieses Datenfeld geht bei Immobilität oder Mobilität im Zimmer in den Zähler O (observed) des QI 54033 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ ein, sodass durch die Perspektive der Gehunfähigkeit die Patientinnen und Patienten mit einer Gehstrecke > 50 m bei Entlassung

nicht im Indikator aufgenommen werden. Der Indikator betrachtet im Nenner ausschließlich die Fälle, welche bei der Aufnahme weiter als 50 m gehen konnten.

Patientinnen und Patienten, für die fälschlicherweise nur „im Zimmer mobil“ oder „immobil“ für die QS dokumentiert wurde, aber die gemäß Patientenakte mindestens auf Stationsebene mobil waren, führen zu einer falsch hohen Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung. Diese Dokumentation wäre dann zuungunsten der Standorte. Andersherum verhält es sich bei der Dokumentation von einer Gehstrecke > 50 m bei Entlassung oder mehr für die QS, obwohl die Patientinnen und Patienten eigentlich nur im Zimmer mobil oder immobil waren. Diese Dokumentation fällt zugunsten der Standorte aus und wurde bei der Datenvalidierung insgesamt für 50 Fälle der 130 fehldokumentierten Fälle festgestellt.

(DF 20) Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) [Übereinstimmungsrate: 85,90 % (536/624)]

An 24 von 32 Standorten (74,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 88 Fälle von 624 (14,1 %). Für dieses Datenfeld waren alle Angaben ersichtlich. Im Vergleich waren beim Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2017 14,3 % (168/1.179) der Angaben „nicht ersichtlich“.

Die anderen 88 Abweichungen verteilen sich über alle fünf möglichen Antwortkategorien. 45 Fehldokumentationen resultierten daraus, dass in der Patientenakte „keine“ dokumentiert war, für die QS fälschlicherweise jedoch „Unterarmgehstützen“, „Rollator“, „Rollstuhl“ oder „bettlägerig“ angegeben wurde. Dieses Datenfeld ist für die Risikoadjustierung der QIs 54046 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ und 54033 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ relevant. Bei letztgenanntem Indikator ist das Datenfeld auch für den Nenner des O (observed) von Bedeutung.

Sind Patientinnen und Patienten fälschlicherweise mit keinen Gehilfen, Unterarmgehstützen oder einem Rollator für die QS dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch niedrigen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann somit zu einer Qualitätseinschätzung zuungunsten der Klinik führen. Dies erfolgte in 11 Fällen (QS: 0;1;2 vs. Akte: 3;4; siehe Anhang). Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn Patientinnen und Patienten für die QS mit der Angabe „Rollstuhl“ oder „bettlägerig“ im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert werden (QS: 3;4 vs. Akte 0;1;2; siehe Anhang), was insgesamt 5-mal vorkam. Die weiteren 72 Fehldokumentationen hatten keine Auswirkungen auf die Risikoadjustierung.

(DF 39) Gehhilfen bei Entlassung [Übereinstimmungsrate: 84,83 % (509/600)]

An 25 von 32 Standorten (78,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 91 Fälle von 600 (15,2 %). Für dieses Datenfeld waren alle Angaben ersichtlich. Dass sich die Grundgesamtheit nur auf n = 600 bezieht, liegt daran, dass bei Todesfällen dieses Datenfeld nicht ausgefüllt werden muss.

Dieses Datenfeld geht bei der Angabe „Rollstuhl“ oder „bettlägerig“ in den Zähler O (observed) des QI 54033 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Pa-

tienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ ein. Patientinnen und Patienten, für die fälschlicherweise diese Angaben für die QS dokumentiert wurden, aber die gemäß der Patientenakte mindestens einen „Rollator“ nutzen konnten oder sogar „keine Gehhilfen“ benötigten, führen zu einer falsch hohen Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung. Andersherum ist es bei Dokumentation von „keinen Gehhilfen“, „Unterarmgehstützen“ oder einem „Rollator“ für die QS, obwohl eigentlich ein „Rollstuhl“ benötigt wurde oder die Patientinnen und Patienten „bettlägerig“ waren. Dies ist ggf. zugunsten der Standorte, da die Fälle nicht in den Indikator eingehen, was bei der Datenvalidierung insgesamt für 25 Fälle der 91 fehldokumentierten Fälle festgestellt wurde.

(DF 21) Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor? [Übereinstimmungsrate: 74,04 % (462/624)]

An 25 von 32 Standorten (78,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 162 Fälle von 624 (26,0 %). Für dieses Datenfeld waren alle Angaben ersichtlich. Im Vergleich waren bei dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2017 noch 6,2 % (73/1.179) der Angaben „nicht ersichtlich“. Das Datenfeld zum Pflegegrad geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierung des QI 54033 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ ein. Mit zunehmendem Pflegegrad erhöht sich die Chance zur Beeinflussung des Indikatorergebnisses durch das E (expected), in welches das Datenfeld einbezogen ist. Daher kann ein fälschlicherweise für die QS dokumentierter niedriger Pflegegrad zu einem falsch niedrigen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe führen und sich somit zuungunsten des Standorts im Bereich der Qualitätseinschätzung auswirken. Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn für Patientinnen und Patienten in der QS-Dokumentation eine hoher Pflegegrad angegeben wurde, der laut der Patientenakte so nicht vorgelegen hat.

Insgesamt 86-mal haben die Standorte für die QS dokumentiert, die „Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt (=9)“, obgleich für alle Fälle Angaben in der Patientenakte vorlagen. Andersherum wurde aber auch vor Ort festgestellt, dass die „Information dem Krankenhaus nicht bekannt“ ist, aber durchaus ein Pflegegrad zwischen 1 und 4 für die QS dokumentiert wurde oder der Standort „nein, liegt nicht vor“ angegeben hatte. Alle Fälle, für die „nein, liegt nicht vor“ oder „Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt“ in der QS-Dokumentation angegeben wurde, gehen in die Risikoadjustierung mit den gleichen Wahrscheinlichkeitswerten ein. Beide Antwortmöglichkeiten zusammen wurden demnach 125-mal fälschlicherweise für die QS dokumentiert und damit zu 30 % überdokumentiert. Dies hatte in ca. 38 % der Fälle (48/125) keine Auswirkungen und wurde in ca. 62 % (77/125) der Fälle ggf. zuungunsten der Standorte dokumentiert.

(DF 22) Einstufung nach ASA-Klassifikation [Übereinstimmungsrate: 86,06 % (537/624)]

An 24 von 32 Standorten (75,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 87 Fälle von 624 (13,9 %), wovon für 24 Fälle die Angaben „nicht ersichtlich“ waren (3,9 %). Diese Fälle wurden für die QS 8-mal mit ASA = 2, 15-mal mit ASA = 3 und 1-mal mit ASA = 4 dokumentiert. Fälle ab ASA = 3 oder kränker gehen in die

Risikoadjustierung des QI 54033 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ ein. Fälle ab ASA = 2 oder kränker gehen in die folgenden Indikatoren ein:

- 54040 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“
- 54042 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“
- 54046 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“

Sind Patientinnen und Patienten fälschlicherweise gesünder für die QS dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch niedrigen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann sich somit zuungunsten der Klinik im Bereich der Qualitätseinschätzung auswirken. Dies erfolgte in 4 Fällen (QS = 1 vs. Akte = 2). Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn Patientinnen und Patienten für die QS kränker im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert werden (QS = 2,3,4,5 vs. Akte = 1), was insgesamt 5-mal vorkam. In Bezug auf den QI 54033 ist ASA erst ab = 3 „Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung“ relevant. Für 15 Fälle wurde in der Patientenakte festgestellt, dass diese Kategorie vorliegt, obgleich diese Fälle für die QS mit ASA = 2 dokumentiert wurden und damit ggf. zuungunsten der Standorte.

(DF 29) Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? [Übereinstimmungsrate: 97,44 % (608/624)]

An 9 von 32 Standorten (28,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 16 Fälle von 624 (2,6 %). Alle Angaben waren aus der Patientenakte ersichtlich. Dieses Datenfeld ist nicht direkt QI-relevant. Da es sich um ein Filterfeld für die jeweils anzugebene spezifische Komplikation handelt, zu denen nur Angaben bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden können, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung. Der Anteil der Unterdokumentationen an allen Fällen, die gemäß Patientenakte spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen aufwiesen (DF 29 = 1), lag bei 45,5 % (10/22). Insgesamt 6 Fälle wurden fälschlicherweise für die QS dokumentiert und damit überdokumentiert.

Wenn spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen vorlagen (DF 29 = ja), dann DF 30.1 bis DF 30.9:

Die folgenden abhängigen Datenfelder konnten für eine Patientin / einen Patienten entweder mit = „ja“ bestätigt oder freigelassen werden. Daher kann für eine Patientin / einen Patienten auch die Angabe zu mehreren spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen erfolgt sein. Mindestens ein Feld musste aber angegeben werden, wenn das Filterfeld aktiviert wurde (DF 29 = ja). Die Angabe zum DF 29 = ja wurde bei der Datenvalidierung in 22 Fällen festgestellt (10 davon fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert), zu denen Angaben für die nachfolgenden Felder gemacht werden mussten. 6 Fälle wurden wie oben beschrieben fehlerhaft in der QS-Dokumentation angegeben, für die ebenfalls die nachfolgenden Datenfelder dokumentiert wurden. Dies sind Fälle, bei denen es automatisch zu Folgefehlern kommen wird. Damit mussten insgesamt für 28 Fälle aus 14 Standorten die nachfolgenden Felder ausgefüllt werden.

Die abhängigen Datenfelder sind für folgende Indikatoren relevant:

- 54029 „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“: In den Zähler des Indikators gehen die Datenfelder 30.1,30.2,30.4, 30.5, 30.6, 30.7, 30.8 ein.
- 54040 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“: In den Zähler des O (observed) geht das DF 30.3 ein.

Das DF 30.9 ist momentan nicht in einem Indikator enthalten.

- (DF 30.1) primäre Implantatfehllage [Übereinstimmungsrate: 100,00 % (28/28)]
  Die primäre Implantatfehllage lag korrekterweise weder in der Patientenakte vor, noch wurde sie für die QS dokumentiert. Daher gilt „keine Angabe“ in den 28 Fällen als korrekt dokumentiert.
- (DF 30.2) sekundäre Implantatdislokation [Übereinstimmungsrate: 96,43 % (27/28)]
  Es gab eine Abweichung in einem Fall an einem Standort, indem fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert wurde, dass eine sekundäre Implantatfehllage vorlag. Insgesamt lag diese damit 3-mal vor und wurde 1-mal unterdokumentiert. Der Fall wurde damit nicht in den QI 54029 einbezogen.
- (DF 30.3) OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom [Übereinstimmungsrate: 82,14 % (23/28)]
  An 3 von 14 Standorten (21,4 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 5 von 28 Fällen (17,9 %). 4 Fälle wurden fälschlicherweise für die QS dokumentiert und lagen gemäß Patientenakte nicht vor. Dadurch wurden mehr Fälle in das O des QI 54040 einbezogen, was zuungunsten der Standorte war. Ein Fall wurde fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Die Unterdokumentation beträgt damit 25 % bei insgesamt 4 Fällen für die ein „OP-oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom“ vorlag. Hierdurch hat der Standort ggf. zu seinen Gunsten dokumentiert.
- (DF 30.4) OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion [Übereinstimmungsrate: 100,00 % (28/28)]
  Diese Komplikation lag korrekterweise weder in der Patientenakte vor noch wurde sie für die QS dokumentiert. Daher gilt „keine Angabe“ in den 28 Fällen als korrekt dokumentiert.
- (DF 30.5) bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden [Übereinstimmungsrate: 100,00 % (28/28)]
  Ein persistierender motorischer Nervenschaden lag in einem Fall vor und wurde korrekt dokumentiert. Für die anderen 27 Fälle traf dieses Datenfeld nicht zu, weshalb „keine Angabe“ als korrekt dokumentiert gilt.
- (DF 30.6) Fraktur [Übereinstimmungsrate: 100,00 % (28/28)]
  Diese Komplikation lag korrekterweise weder in der Patientenakte vor noch wurde sie für die QS dokumentiert. Daher gilt „keine Angabe“ in den 28 Fällen als korrekt dokumentiert.

- (DF 30.7) reoperationspflichtige Wunddehiszenz [Übereinstimmungsrate: 100,00 % (28/28)]
  Eine reoperationspflichtige Wunddehiszenz lag in 2 Fällen vor und wurde korrekt dokumentiert. Für die anderen 26 Fälle traf dieses Datenfeld nicht zu, weshalb „keine Angabe“ als korrekt dokumentiert gilt.
- (DF 30.8) reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder [Übereinstimmungsrate: 92,86 % (26/28)]
  An 2 von 14 Standorten (14,3 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 2 von 28 Fällen (7,1 %). Einmal wurde fälschlicherweise ein Fall nicht für die QS und einmal für die QS dokumentiert. Somit wurde an einem Standort ggf. zugunsten des Standorts und an einem ggf. zuungunsten des Standorts dokumentiert, da der Einbezug in den Zähler des QI 54029 einmal zutraf und einmal nicht. Die Unterdokumentation liegt bei 100 % (1/1), da eine reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder nur einmal vorkam.
- (DF 30.9) sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen [Übereinstimmungsrate: 67,86 % (19/28)]
  An 4 von 14 Standorten (28,6 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 9 von 28 Fällen (32,1 %). Davon wurden 8 Fälle fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert, obgleich eine „sonstige behandlungsbedürftige Komplikation“ in der Patientenakte vermerkt war. Die Unterdokumentation aller Fälle, die laut Patientenakte eine solche Komplikation hatten, liegt damit bei 66,7 % (8/12). Ein Fall wurde fälschlicherweise für die QS und damit überdokumentiert. Die Fehldokumentationen haben keine Auswirkungen auf den Indikator.

(DF 31) postoperative Wundinfektion [Übereinstimmungsrate: 99,84 % (623/624)]

An einem Standort gab es eine Abweichung in einem Fall von 624 Fällen (0,2 %). Alle Angaben waren aus der Patientenakte ersichtlich. Da es sich um ein Filterfeld für die jeweilig anzugebene Wundinfektionstiefe handelt, zu der nur eine Dokumentation bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden kann, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung. In dem fehldokumentierten Fall wurde fälschlicherweise für die QS angegeben, dass eine postoperative Wundinfektion vorliegt, wodurch auch Angaben zum nachfolgenden abhängigen Datenfeld gemacht wurden. Insgesamt lagen aber nur 2 postoperative Wundinfektionen gemäß Patientenakte vor. Somit wurde für 3 Fälle das abhängige Feld dokumentiert. Das abhängige Datenfeld ist ab einer Wundinfektionstiefe von A2 oder A3 für den Zähler des QI 54029 „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ relevant.

- (DF 32) Wundinfektionstiefe [Übereinstimmungsrate: 66,6 % (2/3)]
  An einem von drei einbezogenen Standorten lag eine Abweichung in einem Fall vor. Dieser erfolgte aufgrund der Fehldokumentation im Filterfeld, bei welchem fälschlicherweise eine Angabe für die QS vorgenommen wurde, wodurch ein Folgefehler resultiert. Für die QS wurde eine „A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion“ dokumentiert, die gemäß Patientenakte nicht vorlag. Damit hat der Standort ggf. zu seinen Ungunsten dokumentiert, da dieser Fall in den Zähler des QI 54029 einbezogen wurde.

(DF 34) Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? [Übereinstimmungsrate: 94,07 % (587/624)]

An 23 von 32 Standorten (71,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 37 Fälle von 624 (5,9 %). Alle Angaben waren aus der Patientenakte ersichtlich. Dieses Datenfeld ist nicht direkt QI-relevant. Da es sich um ein Filterfeld für die jeweils anzugebene spezifische Komplikation handelt, zu denen nur Angaben bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden können, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung. Der Anteil der Unterdokumentationen an allen Fällen, die gemäß Patientenakte allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen aufwiesen (DF 34 = 1), lag bei 22,0 % (22/100). Insgesamt 15 Fälle wurden fälschlicherweise für die QS dokumentiert und damit überdokumentiert. Damit lag der Anteil an Überdokumentationen an allen Fällen mit allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen gemäß der QS-Angaben bei 16,1 % (15/93).

Wenn allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen vorlagen (DF 34 = ja), dann DF 35.1 bis DF 35.9

Die folgenden abhängigen Datenfelder konnten für eine Patientin / einen Patienten entweder mit = ja bestätigt oder freigelassen werden. Daher kann für eine Patientin / einen Patienten auch die Angabe zu mehreren allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen erfolgt sein. Mindestens ein Feld musste aber angegeben werden, wenn das Filterfeld aktiviert wurde (DF 34 = ja). Die Angabe zum DF 34 = ja wurde bei der Datenvalidierung in 115 Fällen festgestellt, zu denen Angaben für die nachfolgenden Felder gemacht werden mussten. 15 Fälle wurden wie oben beschrieben fehlerhaft in der QS-Dokumentation angegeben, für die ebenfalls die nachfolgenden Datenfelder für die QS dokumentiert wurden. Dies sind Fälle, bei denen es automatisch zu Folgefehlern kommen wird. Damit mussten insgesamt für 115 Fälle aus 23 Standorten die nachfolgenden Felder ausgefüllt werden.

Die abhängigen Datenfelder sind für folgenden Indikator relevant:

- 54042 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“: In den Zähler des O (observed) gehen die Datenfelder 35.1 bis 35.8 ein.

Das DF 30.9 ist momentan nicht in einem Indikator enthalten.

- (DF 35.1) Pneumonie [Übereinstimmungsrate: 94,78 % (109/115)]
  An 4 von 30 Standorten (13,3 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 6 von 115 Fällen (5,2 %). Davon wurden 4 fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Bei insgesamt 23 Fällen lag laut Patientenakte eine Pneumonie vor. Damit beträgt die Unterdokumentation 17,4 % (4/23) und die Fälle wurden nicht in den Zähler des QI 54042 einbezogen und somit ggf. zugunsten der Standorte dokumentiert. 2 Fälle wurden fälschlicherweise für die QS dokumentiert. Für beide Fälle wurde auch das Filterfeld fehldokumentiert. Damit lag der Anteil an Überdokumentationen an allen Fällen mit Pneumonie gemäß der QS-Angaben bei 9,5 % (2/19).

Dadurch wurden mehr Fälle in das O des QI 54042 einbezogen, was zuungunsten der Standorte war.

- (DF 35.2) behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) [Übereinstimmungsrate: 90,43 % (104/115)]
  An 9 von 21 Standorten (30,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 115 Fällen (9,6 %). Davon wurden 4 fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Der Anteil der Unterdokumentation beträgt 25,0 % (4/16). Aufgrund des Nicht-Einbezugs der 4 Fälle in den Zähler des QI 54042 haben die Standorte zu ihren Gunsten dokumentiert. Insgesamt 7 Fälle wurden fälschlicherweise für die QS dokumentiert. Davon waren 4 Fälle bereits im Filterfeld fehldokumentiert. Der Anteil der Überdokumentationen an allen Fällen mit einer behandlungsbedürftigen kardiovaskulären Komplikation gemäß der QS-Angaben lag bei 36,8 % (7/19). Dadurch wurden mehr Fälle in das O des QI 54042 einbezogen, was ggf. zuungunsten der Standorte war.
- (DF 35.3) tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose [Übereinstimmungsrate: 100,00 % (115/115)]
  Diese Komplikation lag korrekterweise weder in der Patientenakte vor noch wurde sie für die QS dokumentiert. Daher gilt „keine Angabe“ in den 115 Fällen als korrekt dokumentiert.
- (DF 35.4) Lungenembolie [Übereinstimmungsrate: 98,26 % (113/115)]
  An 2 von 30 Standorten (7,7 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 2 von 115 Fällen (1,7 %). Davon wurden 2 fälschlicherweise für die QS dokumentiert, wovon sich eine Abweichung durch die Fehldokumentation im Filterfeld erklärt. Dadurch wurden mehr Fälle in das O des QI 54042 einbezogen, was zuungunsten der Standorte war. Insgesamt wurden damit 4 Lungenembolien für die QS dokumentiert, obgleich nur 2 vorlagen (Überdokumentation: 50 % (2/5)).
- (DF 35.5) katheterassoziierte Harnwegsinfektion [Übereinstimmungsrate: 90,43 % (104/115)]
  An 9 von 30 Standorten (30,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 115 Fällen (9,6 %). Davon wurden 3 fälschlicherweise für die QS dokumentiert, wovon sich 2 Abweichungen durch die Fehldokumentation im Filterfeld erklären. Dadurch wurden mehr Fälle in das O des QI 54042 einbezogen, was zuungunsten der Standorte war. Der Anteil der Überdokumentation beträgt 11,5 % (3/26). Insgesamt wurden 8 Fälle fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert, obwohl für diese Fälle eine katheterassoziierte Harnwegsinfektion in der Patientenakte vermerkt war. Diese Fälle wurden nicht in den Zähler des QI 54042 einbezogen und somit ggf. zugunsten der Standorte dokumentiert. Der Anteil der Unterdokumentation an allen Fällen mit dieser allgemein behandlungsbedürftigen Komplikation liegt bei 25,8 % (8/31).
- (DF 35.6) Schlaganfall [Übereinstimmungsrate: 99,13 % (114/115)]
  An einem Standort wurde ein Fall mit Schlaganfall fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Dieser Fall wurde damit nicht in den Zähler des QI 54042 einbezogen, wodurch

der Standort ggf. zu seinen Gunsten dokumentiert hat. Insgesamt lagen gemäß Patientenakten 3 Fälle mit dieser Komplikation vor. Der Anteil der Unterdokumentation beträgt damit 33,3 % (1/3).

- (DF 35.7) akute gastrointestinale Blutung [Übereinstimmungsrate: 99,13 % (114/115)]
  An einem Standort wurde in einem Fall eine akute gastrointestinale Blutung fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Dieser Fall wurde damit nicht in den Zähler des QI 54042 einbezogen, wodurch der Standort ggf. zu seinen Gunsten dokumentiert hat. Insgesamt lag gemäß kontrollierter Patientenakten nur dieser eine Fall vor (Unterdokumentation: 100 % (1/1).
- (DF 35.8) akute Niereninsuffizienz [Übereinstimmungsrate: 94,78 % (109/115)]
  An 6 von 30 Standorten (20,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 6 von 115 Fällen (5,2 %). Davon wurden 3 fälschlicherweise für die QS dokumentiert, die alle auch im Filterfeld fehldokumentiert wurden. Dadurch wurden mehr Fälle in das O des QI 54042 einbezogen, was zuungunsten der Standorte war. Der Anteil der Überdokumentation beträgt 27,3 % (3/11).
  Ebenso wurden 3 Fälle fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert, wodurch diese auch nicht in den Zähler des QI 54042 einbezogen werden konnten. Somit wurde ggf. zugunsten der Standorte dokumentiert. Der Anteil der Unterdokumentation an allen Fällen mit akuter Niereninsuffizienz liegt bei 27,3 % (3/11).
- (DF 35.9) sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen [Übereinstimmungsrate: 85,22 % (98/115)]
  An 12 von 30 Standorten (40,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 17 von 115 Fällen (14,8 %). Davon wurden 7 fälschlicherweise für die QS dokumentiert, die alle auch im Filterfeld fehldokumentiert wurden. Der Anteil der Überdokumentation beträgt 21,2 % (7/33).
  Insgesamt 10 Fälle wurden fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Der Anteil der Unterdokumentation an allen Fällen mit einer sonstigen allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikation liegt bei 27,8 % (10/36). Diese Fehldokumentationen haben keine Auswirkungen auf den Indikator.

(DF 36) Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt? [Übereinstimmungsrate: 86,18 % (474/550)]

Dieses Datenfeld muss nur ausgefüllt werden, wenn die Patientin oder der Patient älter als 65 Jahre ist, weshalb die Grundgesamtheit in diesem Feld n = 550 beträgt. Das Datenfeld ist für den Zähler des QI 54050 „Sturzprophylaxe“ relevant. Ziel ist es, einen möglichst hohen Anteil an Patientinnen und Patienten zu erreichen, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde (DF 36) und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (DF 37) eingeleitet wurden.

An 20 von 32 Standorten (62,5 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 76 von 550 Fällen (13,8 %). Davon waren 55 Fälle fälschlicherweise für die QS mit „ja“ dokumentiert. Die Überdokumentation an Fällen, bei denen eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren laut QS erfolgte, beträgt

10,6 % (55/521). Bei diesem Anteil haben die Standorte damit ggf. zu ihren Gunsten dokumentiert.

Für 19 Fälle wurde fälschlicherweise für die QS „nein“ dokumentiert und für 4 Fälle keine Angabe gemacht, obgleich eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren gemäß Patientenakte für 21 Fälle erfolgte. Bei den anderen beiden Fällen, für die keine Angabe in der QS-Dokumentation gemacht wurde, konnte in der Patientenakte festgestellt werden, dass keine Maßnahmen dokumentiert waren. Mit einem Anteil von 4,3 % (21/487) haben die Standorte ggf. zu ihren Ungunsten unterdokumentiert.

(DF 37) Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen? [Übereinstimmungsrate: 83,82 % (461/550)]

Dieses Datenfeld muss nur ausgefüllt werden, wenn die Patientin oder der Patient älter als 65 Jahre ist, weshalb die Grundgesamtheit in diesem Feld n = 550 beträgt. Das Datenfeld ist für den Zähler des QI 54050 „Sturzprophylaxe“ relevant. Ziel ist es, einen möglichst hohen Anteil an Patientinnen und Patienten zu erreichen, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde (DF 36) und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (DF 37) eingeleitet wurden.

An 20 von 32 Standorten (62,5 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 89 von 550 Fällen (16,2 %). Davon waren 70 Fälle fälschlicherweise für die QS mit „ja“ dokumentiert. Die Überdokumentation an Fällen, bei denen laut QS multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen wurden, beträgt 13,6 % (70/515). Bei diesem Anteil haben die Standorte damit ggf. zu ihren Gunsten dokumentiert.

Für 17 Fälle wurde fälschlicherweise für die QS „nein“ dokumentiert und für 4 Fälle keine Angabe gemacht, obgleich eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren gemäß Patientenakte für 19 Fälle erfolgte. Bei den anderen beiden Fällen, für die keine Angabe in der QS-Dokumentation gemacht wurde, konnte in der Patientenakte festgestellt werden, dass keine Maßnahmen dokumentiert waren. Mit einem Anteil von 4,1 % (19/464) haben die Standorte ggf. zu ihren Ungunsten unterdokumentiert.

(DF 41) Entlassungsgrund [Übereinstimmungsrate: 99,84 % (623/624)]

An einem Standort erfolgte in einem Fall insofern eine Fehldokumentation, als fälschlicherweise ein Fall als tot für die QS dokumentiert wurde, obwohl dieser gemäß Patientenakte nicht verstorben war. Der Entlassungsgrund „Tod“ geht in die folgenden Indikatoren ein: in den Zähler des O (observed) des QI 54046 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“, in den Nenner des O (observed) des QI 54033 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ und im QI 54050 „Sturzprophylaxe“ werden die Todesfälle explizit ausgeschlossen. Die bedeutet, dass die Patientin / der Patient, die/der fälschlicherweise als verstorben dokumentiert wurde, ggf. zuungunsten des Standortes in den Indikatoren 54046 und 54033 dokumentiert wurde; darüber hinaus ist dies ggf. auch zuungunsten des Standorts, da die Angaben zur Sturzprophylaxe = ja korrekt dokumentiert wurden.

3.2.3 Maßnahmen und Rückmeldungen der auf Landesebene beauftragten Stellen

Den Krankenhausstandorten mit Abweichungen im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2018 (EJ 2017) wurden von den auf Landesebene beauftragten Stellen gezielt Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation unter Hinzuziehung der zu beachtenden Ausfüllhinweise gegeben. Mit einigen Standorten wurden damals konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität vereinbart. Der gezielte Datenabgleich in 2019 zum Erfassungsjahr 2018 bei Standorten mit Dokumentationsfehlern in besonderer und erheblicher Häufigkeit zeigte an manchen Standorten eine bessere Dokumentationsqualität bei erneuter Überprüfung. In Bezug auf die Dokumentationsqualität an anderen Standorten wurde von einer LQS jedoch auch auf den Aspekt hingewiesen, dass der betroffene Zeitpunkt der Dokumentation mancher zufällig gezogenen Fälle zum ersten Halbjahr 2018 vorgenommen wurde und sich Verbesserungsmaßnahmen deshalb zu dem Zeitpunkt noch nicht vollumfänglich durchgesetzt hätten. Eine weitere LQS berichtete, dass ein Standort seine Dokumentationsprobleme nur teilweise hatte lösen können, weshalb als Folge mit den Verantwortlichen eine Zielvereinbarung abschlossen wurde. Inhalte der Zielvereinbarung sind Maßnahmen zur Erweiterungen der elektronischen Basisdokumentation, Verbesserungen zur Schnittstelle Anästhesie sowie die Durchführung von Mitarbeiterschulungen. Eine andere LQS hat nach der Überprüfung für 5 Standorte die Weitergabe der Prüfergebnisse (ohne Aufhebung der Pseudonymisierung) an das zuständige Lenkungsgremium veranlasst.

In Bezug auf die Datenfelder wurde festgestellt, dass sich häufige Fehldokumentationen auf diejenigen Datenfelder beziehen, die auch schon im Vorjahr problematisch waren. So sind erneut die Datenfelder zur *Gehstrecke bei Aufnahme und bei Entlassung* sowie *Gehhilfen bei Aufnahme und bei Entlassung* häufig fehldokumentiert worden. In Gesprächen vor Ort wurden konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität besprochen. Ein Standort hatte in der Zwischenzeit beispielsweise seine Anamnesebögen bezüglich der Gehstrecken angepasst, um eine einheitliche Dokumentation zu erreichen und somit die Dokumentationsqualität zu verbessern.

Auch die Angaben zum *Pflegegrad* oder zur Einstufung nach *ASA-Klassifikation* konnten erneut als häufig fehldokumentierte Datenfelder festgestellt werden, ebenso wie die Erfassung von *Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe*. Auch Angaben zu *allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen* wurden in Bezug auf einzelne Komplikationen in z. T. relevanter Weise fehldokumentiert. Den Standorten seien jeweils die Relevanz der Datenfelder für die Qualitätsindikatoren oder die Risikoadjustierung erläutert worden.

Insgesamt wurde die Datenvalidierung vor Ort als gute Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch beschrieben. Dabei können Dokumentations- und Verständnisprobleme sowie softwarebedingte Fehlerquellen besprochen werden. Systematische oder beabsichtigte Beeinflussung der Dokumentation seien nicht erkennbar gewesen.

3.2.4 Ergebnisse zum Häufigkeitskriterium

Grundlage für die Entscheidung, ob ein Krankenhausstandort besonders oder erheblich häufige Dokumentationsfehler aufweist, ist ein statistisches Verfahren, das die Stichprobenunsicherheit berücksichtigt (vgl. IQTIG 2020c). Der Grenzwert für die Fehldokumentationsrate in der Stichprobe, ab dem besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler vorliegen, liegt daher ggf. über 10 % bzw. 15 % und hängt unter anderem von der Gesamtzahl aller dokumentierten Datenfelder N ab. Zusätzlich zur jeweiligen Fehldokumentationsrate ist daher in den Grafiken für Standorte mit mehr als 20 Fällen auch die untere Grenze des in der statistischen Methodik verwendeten 90%-Vertrauensintervalls angegeben. Falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf.

In Abbildung 5 sind die Schätzungen der Fehldokumentationsraten der Krankenhausstandorte des Auswertungsmoduls *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* dargestellt (mit 90%-Vertrauensintervall).

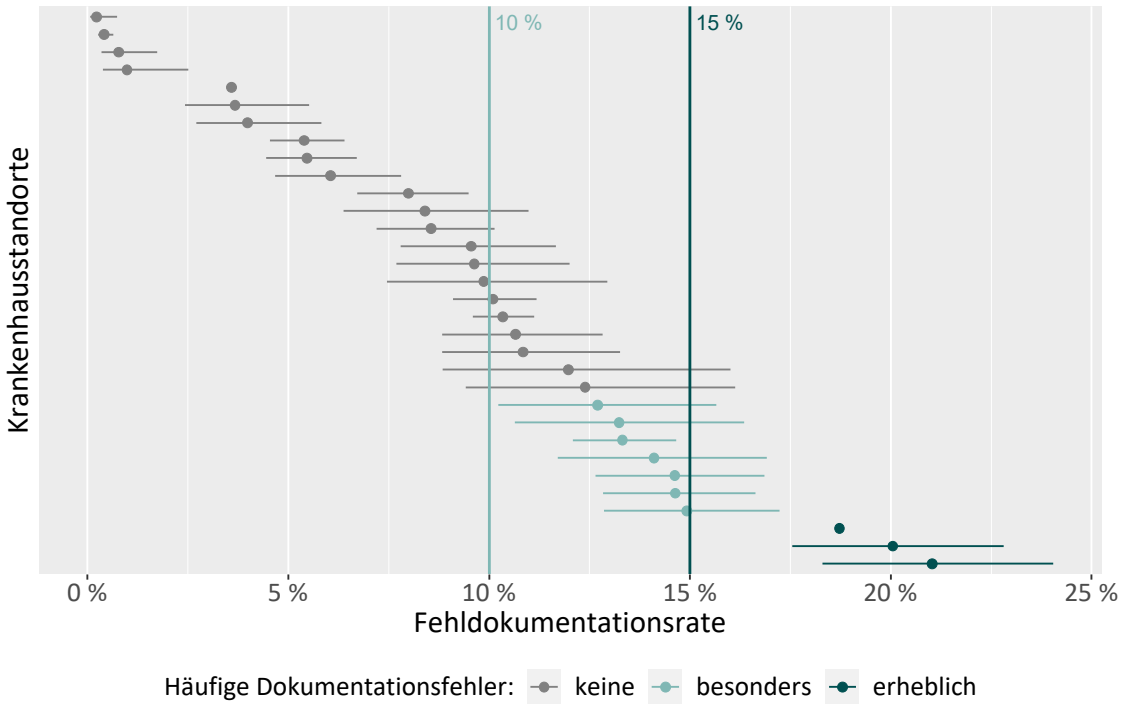

Abbildung 5: Fehldokumentationsrate der Standorte nach gezieltem Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)

Es ist zu erkennen, dass nach gezieltem Datenabgleich 22 Standorte von 32 im Ergebnis nicht erneut besonders häufige oder erheblich häufige Dokumentationsfehler vorliegen hatten.

Allerdings waren 10 Standorte zum wiederholten Mal in ihrer Dokumentation nicht hinreichend. 7 Standorte wiesen erneut besonders häufige und 3 Standorte erheblich häufige Dokumentationsfehler auf. Von den 7 Standorten mit besonders häufigen Dokumentationsfehlern hatten 2 Standorte im Vorjahr noch erheblich häufige Dokumentationsfehler. Von den 3 Standorten mit

erheblich häufigen Dokumentationsfehlern hatte ein Standort im Vorjahr ebenfalls erheblich häufige Dokumentationsfehler.

Gemäß IQTIG-Vorschlag zum gezielten Datenabgleich sollen die Standorte gegenüber dem Lenkungsgremium auf Landesebene benannt werden.

3.3 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

3.3.1 Umfang des gezielten Datenabgleichs

Insgesamt sind 5 Standorte im Erfassungsjahr 2017 im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zweiterfasst worden. Kein Standort wies eine Fehldokumentationsrate von besonderer oder erheblicher Häufigkeit auf. Im Jahr 2019 wurden dennoch zwei Standorte gemäß § 9 Abs. 3 Satz 3 QSKH-RL im Ermessen des IQTIG aufgrund wesentlicher Dokumentationsfehler in nicht besonderer oder erheblicher Häufigkeit erneut im gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2018 überprüft. Ein Standort war zuvor Teil des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2017 und der andere Standort wurde aufgrund von Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog überprüft. Für beide Standorte wurden 20 Patientenakten zufällig gezogen.

3.3.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern

Die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder hinweg lag bei 90,65 %[7]. Es zeigte sich bei keinem der beiden geprüften Standorte eine komplett fehlerfreie Dokumentation aller Fälle. Die niedrigste Übereinstimmung lag bei einem Standort mit 91,0 % für dieses geprüfte Auswertungsmodul. Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern über alle Standorte. Die Kreuztabellen sind dem Anhang zu entnehmen.

Im Folgenden werden alle Datenfelder mit Dokumentationsfehlern hinsichtlich des Ausmaßes der Abweichungen sowie deren Einfluss auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Risikoadjustierung beschrieben. Datenfelder mit einer 100%igen Übereinstimmung werden nicht gesondert beschrieben, sondern können den entsprechenden Tabellen entnommen werden. Gegebenenfalls Wird, anders als in der Tabelle dargestellt, bei der Beschreibung der Datenfelder von der Reihenfolge des Dokumentationsbogens aufgrund inhaltlicher Zusammenhänge abgewichen.

[7] Die Berechung der bundesweiten Übereinstimmungsrate wird in Abschnitt 2.2.4 erklärt.

Tabelle 10: Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH): Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs 2019 (EJ 2018) und Ergebnisse des Vorjahres aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2018 (EJ 2017)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Gezielter Datenabgleich 2019 (EJ 2018)		Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017)	
	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 10.1) Körpergröße	100,00 %	40/40	97,0 %	97/100
(DF 10.2) Körpergröße unbekannt	-	0/0	98,0 %	98/100
(DF 11.1) Körpergewicht bei Aufnahme	97,50 %	39/40	87,0 %	87/100
(DF 11.2) Körpergewicht unbekannt	-	0/0	98,0 %	98/100
(DF 12) klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)	65,00 %	26/40	74,0 %	74/100
(DF 14) Infarkt(e)	72,50 %	29/40	88,0 %	88/100
(DF 15) kardiogener Schock / Dekompensation	95,00 %	38/40	100,0 %	100/100
(DF 16) Reanimation	100,00 %	40/40	98,0 %	98/100
(DF 17) Patient wird beatmet	97,50 %	39/40	98,0 %	98/100
(DF 18) pulmonale Hypertonie	95,00 %	38/40	99,0 %	99/100
(DF 19) Herzrhythmus bei Aufnahme	100,00 %	40/40	98,0 %	98/100
(DF 21) Einstufung nach ASA-Klassifikation	27,50 %	11/40	76,0 %	76/10
(DF 22) LVEF	95,00 %	38/40	97,0 %	97/100
(DF 23) Koronarangiographiebefund	97,50 %	39/40	94,0 %	94/100
(DF 26) Anzahl	92,50 %	37/40	96,0 %	96/100

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Gezielter Datenabgleich 2019 (EJ 2018)		Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017)	
	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 28) Diabetes mellitus	92,50 %	37/40	94,0 %	94/100
(DF 29) arterielle Gefäßerkrankung	90,00 %	36/40	95,0 %	95/100
➢ (DF 30) periphere AVK	63,64 %	7/11	68,4 %	13/19
➢ (DF 31) Arteria Carotis	54,55 %	6/11	68,4 %	13/19
➢ (DF 32) Aortenaneurysma	63,64 %	7/11	73,7 %	14/19
➢ (DF 33) sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	63,64 %	7/11	63,2 %	12/19
(DF 34) Lungenerkrankung(en)	90,00 %	36/40	99,0 %	99/100
(DF 35) neurologische Erkrankung(en)	100,00 %	40/40	93,0 %	93/100
➢ (DF 36) Schweregrad der Behinderung	100,00 %	1/1	14,3 %	1/7
(DF 37) präoperative Nierenersatztherapie	100,00 %	40/40	99,0 %	99/100
➢ (DF 38.1) Kreatininwert i.S. in mg/dl	90,00 %	36/40	84,9 %	84/99
➢ (DF 38.2) Kreatininwert i.S. in µmol/l	-	0/0	100,0 %	99/99
(DF 46) Dringlichkeit	97,50 %	39/40	97,0 %	97/100
(DF 49) Inotrope (präoperativ)	95,00 %	38/40	100,0 %	100/100
(DF 50) (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung	100,00 %	40/40	100,0 %	100/100
(DF 51) Wundkontaminationsklassifikation	100,00 %	40/40	100,0 %	100/100
(DF 53) OP-Zeit	95,00 %	38/40	99,0 %	99/100

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Gezielter Datenabgleich 2019 (EJ 2018)		Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017)	
	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 54) Anzahl der Grafts	92,50 %	37/40	96,0 %	96/100
➢ (DF 55.1) ITA links	100,00 %	40/40	99,0 %	99/100
➢ sonstige Grafts	Keine Überprüfung aufgrund ungenauer Ausfüllhinweise		46,0 %	46/100
			Ausschluss bei der Bewertung der Standorte aufgrund ungenauer Ausfüllhinweise	
(DF 72) Mediastinitis	97,50 %	39/40	100,0 %	100/100
(DF 73) zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	95,00 %	38/40	100,0 %	100/100
➢ (DF 74) Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses	50,00 %	½	100,0 %	1/1
➢ (DF 75) Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung	0,00 %	0/2	100,0 %	1/1
(DF 81) Entlassungsgrund*	100,00 %	40/40	100,0 %	100/100

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

* Die Entlassgründe wurden in die Kategorien lebend und verstorben entlassen dichotomisiert.

Hinweis: In Grau dargestellte Datenfelder = Pärchen-Felder (nur eins von beiden kann angegeben werden) bezogen sich für EJ 2017 auf alle einbezogenen Fälle, weshalb die Übereinstimmungsrate höher liegt und nicht direkt mit EJ 2018 vergleichbar ist.

Bei der Angabe des Körpergewichts muss entweder DF 11.1 oder DF 11.2 ausgefüllt werden:

(DF 11.1) Körpergewicht bei Aufnahme (in kg) [Übereinstimmungsrate: 97,5 % (39/40)]
Das Körpergewicht bei Aufnahme wurde an einem Standort in einem Fall falsch dokumentiert. In der Patientenakte wurde ein Aufnahmegewicht von 75 kg notiert, in der QS-Dokumentation sind 68 kg angegeben worden. Das Körpergewicht wird für die Berechnung des BMI herangezogen, welcher wiederum für die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ relevant ist.

(DF 11.2) Körpergewicht unbekannt [traf nicht zu]

(DF 12) klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) [Übereinstimmungsrate: 65,0 % (26/40)]
An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 14 von 40 einbezogenen Fällen (35,0 %). Einer der beiden Standorte hatte lediglich 2 Fehldokumentationen, wovon sich eine Abweichung aus der Angabe von „nicht ersichtlich“ in der Patientenakte ergab. Die hohe Fehldokumentationsrate ist somit auf den anderen Standort zurückzuführen.

Dieses Datenfeld geht ab einem Schweregrad von IV „Beschwerden in Ruhe“ in die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ ein. In 3 der 14 abweichenden Fälle wurde in der Patientenakte die NYHA-Klassifikation IV (NYHA 4) festgestellt und fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Die fehlende Berücksichtigung in der Risikoadjustierung ist damit zuungunsten der Standorte. In einem Fall wurde NYHA 4 fälschlicherweise für die QS dokumentiert, obwohl gemäß Patientenakte nur ein Schweregrad von III vorlag. Der durch diese Dokumentation fälschlicherweise in die Risikoadjustierung eingehende Fall wirkt sich in der Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeit ggf. zugunsten des Standortes aus. Alle weiteren Abweichungen zwischen den Antwortkategorien können der Kreuztabelle im Anhang entnommen werden.

Bereits im Jahr 2016 (EJ 2015) betraf das schlechteste Ergebnis des Datenabgleichs mit einer Übereinstimmungsrate von 68,4 % das Datenfeld *NYHA* im herzchirurgischen QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* (vgl. IQTIG 2017). Das Datenfeld wies ebenfalls im Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017) mit insgesamt 26 Abweichungen die niedrigste Übereinstimmungsrate aller in diesem QS-Verfahren geprüften Datenfelder auf (vgl. IQTIG 2019). Auch die Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs weisen auf die Problematik einer korrekten Dokumentation dieses Datenfeldes hin, auch wenn sich keine Hinweise auf Fehldokumentationen ergeben, die einzig zugunsten eines Standortes wären. Somit scheint für die Dokumentation dieses Datenfeldes eine grundlegende Schwierigkeit zu bestehen.

(DF 14) Infarkt(e) [Übereinstimmungsrate: 72,5 % (29/40)]
An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 40 einbezogenen Fällen (27,5 %). Dieses Datenfeld ist ab Myokardinfarkten ≤ 21 Tage für die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ relevant. In 7 der 11 Fälle wurde für die QS angegeben, dass kein Infarkt vorgelegen hatte, obwohl in der Patientenakte ein Infarkt

vermerkt war. Bei 6 dieser Fälle wurde durch die Nicht-Dokumentation des Infarkts zuungunsten der Standorte dokumentiert. Sind Patientinnen und Patienten fälschlicherweise mit keinem Infarkt in der QS-Dokumentation vermerkt, führt die Fehldokumentation zu einer Unterschätzung der Höhe des Risikoprofils der behandelten Patientengruppe und kann bei der Beurteilung der risikoadjustierten Sterblichkeit somit zu einer schlechteren Beurteilung des Krankenhausstandorts führen. In einem Fall wurde ggf. zugunsten des Standortes dokumentiert und in den übrigen 3 Fällen hatte die Fehldokumentation keine Auswirkungen auf die Risikoadjustierung.

(DF 15) kardiogener Schock / Dekompensation [Übereinstimmungsrate: 95,0 % (38/40)]
An einem Standort gab in 2 Fällen eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dieses Datenfeld ist bei Angabe eines kardiogenen Schock / einer Dekompensation innerhalb der letzten 48 h für die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ relevant. In einem Fall hat der Standort durch die Nicht-Dokumentation eines kardiogener Schock / einer Dekompensation ggf. zu seinen Ungunsten dokumentiert. Die zweite Fehldokumentation hatte keine Auswirkungen auf die Risikoadjustierung.

(DF 17) Patient wird beatmet [Übereinstimmungsrate: 97,5 % (39/40)]
An einem Standort gab es in einem Fall eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dieses Datenfeld ist bei Angabe einer bereits präoperativ bestehenden Beatmung für die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ relevant. In dem einen Fall wurde fälschlicherweise für die QS dokumentiert, dass der Patient nicht beatmet wurde. Damit hat der Standort in diesem Fall ggf. zu seinen Ungunsten dokumentiert.

(DF 18) pulmonale Hypertonie [Übereinstimmungsrate: 95,0 % (38/40)]
An einem Standort gab es in 2 Fällen eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dieses Datenfeld ist bei einer vorhandenen Hypertonie für die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ relevant. In beiden Fällen wurde fälschlicherweise eine Hypertonie für die QS dokumentiert, obgleich in der Patientenakte keine vermerkt war. Damit hat der Standort in beiden Fällen ggf. zu seinen Gunsten dokumentiert.

(DF 21) Einstufung nach ASA-Klassifikation [Übereinstimmungsrate: 27,5 % (11/40)]
An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 29 von 40 einbezogenen Fällen (72,5 %). Von den fehldokumentierten Angaben gehen 3 darauf zurück, dass die ASA-Klassifikation nicht in der Patientenakte ersichtlich war. Einer der beiden Standorte wies in allen 20 geprüften Fällen eine Fehldokumentation auf. Dieses Datenfeld hat einen Einfluss auf den QI 2257 „Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)“ (bei ASA ≥ 3), der seit dem Erfassungsjahr 2018 als Transparenzkennzahl geführt wird. Die meisten Fehldokumentationen (27 von 29) hatten keine Auswirkungen auf die jeweilige Berechnung der Risikoklasse, wobei n = 22 darauf zurückgehen, dass für die QS ASA = 3 dokumentiert wurde, obwohl in der Patientenakte die Einstufung

nach ASA = 4 vorgelegen hat. Bei 2 der fehldokumentierten Fälle kam es aufgrund der Dokumentation zu einer falsch niedrigen Einstufung der Risikoklasse, wodurch die Fehldokumentation ggf. zuungunsten der Standorte erfolgte.

Das Datenfeld wies ebenfalls im Stichprobenverfahren 2018 (EJ 2017) mit 76 % eine sehr niedrige Übereinstimmungsrate unter allen geprüften Datenfeldern auf (vgl. IQTIG 2019). Die Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs an 2 Standorten weisen erneut auf die Problematik einer korrekten Dokumentation dieses Datenfeldes hin. Es hat die niedrigste Übereinstimmungsrate von allen geprüften Datenfeldern dieses Auswertungsmoduls. Aus dem Fachausschuss eines Landes zu einem anderen Auswertungsmodul wurde aufgrund der Problematik einer korrekten Differenzierung, insbesondere zwischen ASA 3 und ASA 4, angeregt, den Einfluss auf die Risikoadjustierung vieler Indikatoren zu prüfen, welchem das IQTIG aktuell nachkommt. Unabhängig von der Einteilung der ASA-Klassifikation oder dem Einbezug in die Risikoadjustierung oder Qualitätsindikatoren der verschiedenen QS-Verfahren scheint allein bei Betrachtung der Dokumentationsqualität eine korrekte Übertragung der Werte in die QS-Dokumentation von besonderer Schwierigkeit in dem Sinne, dass nicht immer gemäß der Ausfüllhinweise die Werte der Anästhesiedokumentation übernommen wurden. Somit bestünde aus Dokumentationssicht nur die Problematik, wenn keine Anästhesiedokumentation bei entsprechendem Eingriff nötig war. Dennoch scheint die Schwierigkeit der korrekten Übertragung der Dokumentation auch dann vorzuliegen, wenn die Anästhesiedokumentation vorhanden war, wie HCH-KCH die letzten zwei Jahre der Überprüfung aufzeigte.

(DF 22) LVEF [Übereinstimmungsrate: 95,0 % (38/40)]

An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in je einem Fall. In beiden Fällen wurde eine EF von 31 %–50 % für die QS dokumentiert, obgleich eine höhere EF in der Patientenakte dokumentiert war. Dieses Datenfeld ist bei einer EF von < 50 % für die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ relevant. Durch den Einfluss eines falsch hohen Risikoprofils der betrachteten Patientengruppe kann es sich in der Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeit ggf. zugunsten der Standorte im Bereich der Qualitätseinschätzung ausgewirkt haben.

(DF 23) Koronarangiographiebefund [Übereinstimmungsrate: 97,5 % (39/40)]

An einem Standort gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in einem Fall. Dieses Datenfeld ist bei einer 3-Gefäßerkrankung für die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ relevant. In der Patientenakte war eine 2-Gefäßerkrankung dokumentiert, welche fälschlicherweise als 1-Gefäßerkrankung für die QS dokumentiert wurde. Diese Fehldokumentation hatte keine Auswirkungen auf die Risikoadjustierung.

(DF 26) Anzahl [Übereinstimmungsrate: 92,5 % (37/40)]

An einem Standort gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 3 Fällen. Dieses Datenfeld ist bei einer Anzahl von Voroperationen an Herz/Aorta ≥ 1 für die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ relevant. In 2 Fällen wurden Voroperationen festgestellt, die

fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert wurden und damit ggf. zuungunsten des Standortes waren. In einem Fall wurde die genaue Anzahl der Voroperationen falsch dokumentiert, dies hatte aber keinen Einfluss auf die Risikoadjustierung.

(DF 28) Diabetes mellitus [Übereinstimmungsrate: 92,5 % (37/40)]
An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in insgesamt 3 Fällen. Das Datenfeld *Diabetes mellitus* = 3 (insulinpflichtiger Diabetes) geht in die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ ein. In den Fällen, in welchen Patientinnen und Patienten für die QS fälschlicherweise ohne bzw. mit einer leichteren Form des Diabetes im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert wurden, haben die Standorte ggf. zu ihren Ungunsten fehldokumentiert. Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn Patientinnen und Patienten für die QS mit einer schwerwiegenderen Form des Diabetes mellitus im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert werden. In einem Fall wurde demnach ggf. zugunsten und in einem Fall ggf. zuungunsten der Standorte dokumentiert. Der dritte Fall hatte keine Auswirkungen auf die Risikoadjustierung.

(DF 29) arterielle Gefäßerkrankung [Übereinstimmungsrate: 90,0 % (36/40)]
An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in insgesamt 4 Fällen. Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Filterfeld mit davon abhängigen Feldern zur genauen Bestimmung der Gefäßerkrankungen. Nur wenn das Vorliegen von arteriellen Gefäßerkrankungen mit „ja“ dokumentiert wird, können differenziertere Eintragungen zu den Gefäßerkrankungen vorgenommen werden. Die genaue Art der Gefäßerkrankung hat dann einen Einfluss auf die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“. In den 4 fehldokumentierten Fällen wurden arterielle Gefäßerkrankungen fälschlicherweise für die QS mit „nein“ angegeben, obwohl diese laut Patientenakte vorlagen. Dies bedeutet, dass in den nachfolgenden abhängigen Datenfeldern keine Angaben für die QS gemacht wurden und als Abweichung in die Auswertung eingehen. Dies kann sich im Rahmen der Risikoadjustierung damit ggf. zuungunsten des Standorts auswirken, wenn bei einer Patientin / einem Patienten das abhängige DF 30 *periphere AVK* mit „ja“ beantwortet worden wäre (siehe nachfolgender Abschnitt).

- (DF 30) periphere AVK [Übereinstimmungsrate: 63,6 % (7/11)]
  An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in insgesamt 4 Fällen. Grundsätzlich traf die Bedingung zur Ausfüllung des Feldes in 11 Fällen zu. Bei den 4 Fällen, für die fälschlicherweise keine Angabe in der QS-Dokumentation vorgenommen wurde, lag in 3 Fällen eine pAVK vor und in einem Fall keine, sodass in 3 Fällen ggf. zuungunsten des Standorts dokumentiert wurde.
- (DF 31) Arteria Carotis [Übereinstimmungsrate: 54,6 % (6/11)]
  An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in insgesamt 5 Fällen. Grundsätzlich traf die Bedingung zur Ausfüllung des Feldes in 11 Fällen zu. Für die 4 Fälle, für die keine Angabe in der

QS-Dokumentation vorgenommen wurde, lag in 3 Fällen keine und in einem Fall eine Gefäßerkrankung der Arteria Carotis vor. Ein weiterer Fall wurde insofern fehldokumentiert, als für diesen fälschlicherweise in der QS-Dokumentation ein Nicht-Vorliegen einer Gefäßerkrankung der Arteria Carotis angegeben wurde, obgleich diese aus der Patientenakte hervorging. In beiden Fällen wirkt sich diese Fehldokumentation nicht auf die Risikoadjustierung aus.

- (DF 32) Aortenaneurysma [Übereinstimmungsrate: 63,6 % (7/11)]
  An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in insgesamt 4 von 11 Fällen, für welche die Bedingung zur Ausfüllung des Feldes vorlag. Von den 4 Fällen, für die fälschlicherweise keine Angabe in der QS-Dokumentation vorgenommen wurde, lag in 3 Fällen kein Aortenaneurysma vor, in dem weiteren Fall wurde dieses jedoch in der Patientenakte dokumentiert. Dies hat jedoch keine Auswirkung auf die Risikoadjustierung.
- (DF 33) sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en) [Übereinstimmungsrate: 63,6 % (7/11)]
  An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in insgesamt 4 von 11 Fällen, für welche die Bedingung zur Ausfüllung des Feldes vorlag. In allen 4 Fällen wurde fälschlicherweise nicht angegeben, dass es keine sonstigen arteriellen Gefäßerkrankungen gab. Auch dies hat keine Auswirkungen auf die Risikoadjustierung.

(DF 34) Lungenerkrankung(en) [Übereinstimmungsrate: 90,0 % (36/40)]

An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in insgesamt 4 Fällen. Die Art der Lungenerkrankung hat Einfluss auf die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“. In den Fällen, in welchen Patientinnen und Patienten für die QS „ohne“ Lungenerkrankung oder diese als „unbekannt“ im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert wurde, haben die Standorte ggf. zu ihren Ungunsten fehldokumentiert, was 3 der fehldokumentierten Fälle zutraf. Der vierte fehldokumentierte Fall war ohne Auswirkungen auf die Risikoadjustierung.

Wenn keine präoperative Nierenersatztherapie durchgeführt wurde (DF 37), dann DF 38.1 oder DF 38.2

Bei dem Datenfeld (37) handelt es sich um ein Filterfeld mit davon abhängigen Feldern. Dieses Datenfeld stimmte zu 100 % überein, weshalb keine weitere Beschreibung erfolgt. Das Datenfeld „Kreatininwert“ muss ausgefüllt werden, wenn keine präoperative Nierenersatztherapie durchgeführt wurde. Hierbei soll gemäß dem Ausfüllhinweis der letztgemessene Wert vor der Operation eingetragen werden, der entweder in µmol/l oder mg/dl angegeben werden kann. An beiden Standorten wurde der Wert in mg/dl angegeben. Dieses Datenfeld (38.1) geht ab einem Kreatininwert von > 2,3 mg/dl in die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ ein.

- (DF 38.1) Kreatininwert i.S. in mg/dl [Übereinstimmungsrate: 90,0 % (36/40)]
  An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in insgesamt 4 Fällen. In allen Fällen lag der fehldokumentierte Wert unterhalb der o. g. Schwelle, weshalb es keine Auswirkungen auf die Risikoadjustierung gab.
- (DF 38.2) Kreatininwert i.S. in µmol/l [traf nicht zu]

Grundsätzlich bleibt zu überlegen, ob geringfügige Abweichungen, die keine Auswirkungen auf die Risikoadjustierung haben oder durch Rundungsfehler hervorgehen, zukünftig durch Einführung eines Toleranzbereichs abgemildert werden könnten. Dies wird innerhalb der entsprechenden Bundesfachgruppe und der Projektgruppe Datenvalidierung diskutiert.

(DF 46) Dringlichkeit [Übereinstimmungsrate: 97,5 % (39/40)]
An einem Standort gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in einem Fall. Dieses Datenfeld ist bei der Dringlichkeitseinstufung als „Notfall“ oder „Notfall (Reanimation / ultima Ratio)“ für die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ relevant. In einem Fall wurde fälschlicherweise der Patient für die QS-Dokumentation als „elektiv“ angegeben, obgleich aus der Patientenakte „dringlich“ dokumentiert war. Dieser Fall hat keinen Einfluss auf die Risikoadjustierung des Standortes. Dieses Datenfeld geht außerdem in den QI 2259 „Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation“ ein. Die Fehldokumentation hat in diesem Fall jedoch keine Auswirkung.

(DF 49) Inotrope (präoperativ) [Übereinstimmungsrate: 95,0 % (38/40)]
An einem Standort gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 2 Fällen. Dieses Datenfeld ist bei Angabe von *Inotropen* = ja für die Risikoadjustierung des QI 11617 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ relevant. In den Fällen, in welchen Patientinnen und Patienten für die QS ohne Inotrope im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert wurden, haben die Standorte zu ihren Ungunsten fehldokumentiert. Diese Unterdokumentation der Gabe von Inotropika führt zu einem falsch niedrigen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann sich somit ggf. zuungunsten des Standorts im Bereich der Qualitätseinschätzung der risikoadjustierten Sterblichkeit auswirken.

(DF 53) OP-Zeit [Übereinstimmungsrate: 95,0 % (38/40)]
An einem Standort gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 2 Fällen. Dieses Datenfeld hat einen Einfluss auf den QI 2257 „Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)“. Es wird ein Risikopunkt vergeben, wenn die OP-Dauer > 75. Perzentil der OP-Dauer-Verteilung der betrachteten Operationsart ist. Die OP-Dauer wurde in einem Fall mit 5 min mehr für die QS und im anderen Fall mit 10 min mehr in der QS-Dokumentation angegeben, als in der Patientenakte dokumentiert. In beiden Fällen lag die OP-Dauer dennoch unterhalb des 75. Perzentils, sodass die Fehldokumentation keine relevanten Auswirkungen hatte.

(DF 54) Anzahl der Grafts [Übereinstimmungsrate: 92,5 % (37/40)]

An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in insgesamt 3 Fällen. Dieses Datenfeld hat mit einer Anzahl von Grafts ≥ 1 einen Einfluss auf den QI 332 „Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“. In allen 3 Fällen lag die Anzahl der Grafts bei 2 in der Patientenakte, war aber für die QS immer mit einer höheren Anzahl angegeben. Die Schwankung reichte von + 1 bis + 3. Die Fehldokumentationen hatten allerdings keinen Einfluss auf den Indikator, da die relevante Dokumentation der ITA links, die für den Indikator entscheidend ist, korrekt war.

(DF 72) Mediastinitis [Übereinstimmungsrate: 97,5 % (39/40)]

An einem Standort gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in einem Fall. Dieses Datenfeld hat bei Vorhandensein einer Mediastinitis einen Einfluss auf die Transparenzkennzahlen 241801 „Postoperative Mediastinitis“ und 2257 „Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)“. Insgesamt hat von 40 Fällen einmal eine Mediastinitis vorgelegen, die jedoch fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert wurde, wodurch dieser Fall nicht in den Zähler für die beiden Transparenzkennzahlen einbezogen wurde. Damit kommt es zu einer Unterschätzung der aufgetretenen Mediastinitiden in der Klinik, was ggf. zu einer fälschlicherweise besseren Qualitätseinschätzung führen kann.

(DF 73) zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung [Übereinstimmungsrate: 95,0 % (38/40)]

An einem Standort gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 2 Fällen. Dieses Datenfeld hat bei Angabe eines Ereignisses mit „ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)“ einen Einfluss auf den QI 2259 „Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation“. Genau diese Angabe wurde jedoch in beiden Fällen fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert, wodurch 2 Fälle nicht in den Zähler für den Indikator einbezogen wurden. Dieses Datenfeld ist ebenfalls ein Filterfeld für weitere abhängige Felder, die ausgefüllt werden müssen, wenn ein zerebrovaskuläres Ereignis vorlag. In Abhängigkeit der Dokumentation dieser abhängigen Felder, insbesondere des DF 75 *Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung* (siehe nachfolgender Abschnitt), kann die fehlende Dokumentation fälschlicherweise zu einer Unterschätzung des Auftretens einer solchen Komplikation führen und wäre damit ggf. zugunsten des Standortes.

Wenn zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis (DF 73), dann DF 74 und DF 75

Dadurch, dass für die QS dokumentiert wurde, dass kein Ereignis vorlag (DF 73), wurden die abhängigen Felder ebenfalls fälschlicherweise nicht dokumentiert, wodurch sich eine Fehldokumentation von 100 % ergibt.

- (DF 74) Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses [Übereinstimmungsrate: 0 % (0/2)]
  In einem Fall ging aus der Patientenakte eine Dauer von mehr als 24 Stunden bis einschließlich 72 Stunden hervor und im anderen Fall war die Dauer nicht ersichtlich.

- (DF 75) Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung [Übereinstimmungsrate: 0 % (0/2)]
  In einem Fall lag ein „Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit“ (Ranking = 1) gemäß Patientenakte vor und im anderen Fall das Ranking „schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie“ (Ranking = 4). Ab einem Ranking von ≥ 3 werden die Fälle in den o. g. Indikator einbezogen, was in einem Fall bei korrekter Dokumentation erfolgt wäre. Damit hatte die Fehldokumentation im ersten Fall keine Auswirkungen auf das Indikatorergebnis, im zweiten Fall erfolgte die Fehldokumentation somit ggf. zugunsten des Standortes.

3.3.3 Maßnahmen und Rückmeldung der auf Bundesebene beauftragten Stelle

Die Ergebnisse der Zweiterfassung mit Datenabgleich wurden noch vor Ort ausgewertet und mit den zuständigen Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern in einem Feedbackgespräch 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.

Nach gezieltem Datenabgleich wurde den Standorten empfohlen, die interne Qualitätsmanagementbeauftragte oder den internen Qualitätsmanagementbeauftragten immer mit in die Lenkung der Dokumentationsprozesse einzubeziehen und z. B. zu Beginn des Jahres die durch das IQTIG jährlich aktualisierten Ausfüllhinweise mit den dokumentierenden Ärztinnen und Ärzten zu besprechen.

Mit einem Standort wurden im Vorjahr aufgrund der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens 2018 (EJ 2017) Zielvereinbarungen getroffen. Die Maßnahmen des Standortes beinhalteten u. a. die Erstellung von Leitfäden, Bereitstellung von Definitionshilfen sowie Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Insgesamt zeigte sich an diesem Standort im gezielten Datenabgleich eine verbesserte Dokumentationsqualität in der Zufallsauswahl der Patientenakten – auch wenn Fälle aus Quartalen vor Umsetzung mancher Maßnahmen einbezogen wurden.

An dem zweiten Standort wurde der gezielte Datenabgleich gemäß § 9 Abs. 3 Satz 3 QSKH-RL zur Überprüfung der Dokumentationsqualität durchgeführt. Anlässe für die Überprüfung der Dokumentationsqualität waren im Rahmen des Strukturierten Dialogs aufgetretene Dokumentationsfehler zu den Qualitätsindikatoren und eine mit dem Standort 2017 abgeschlossene Zielvereinbarung zur korrekten Dokumentation der Qualitätssicherungsdaten. Im Rahmen einer Begehung sollte somit zuvor eine inkorrekte Dokumentation für vorliegende Qualitätsdefizite ausgeschlossen werden.

Grundsätzlich haben beide Standorte in der Mehrheit der Datenfelder mit Fehldokumentationen zu ihren Ungunsten dokumentiert. In den Datenfeldern *pulmonale Hypertonie* (DF 18), *LVEF* (DF 22) und *Diabetes mellitus* (DF 28) wurde in den wenigen abweichenden Fällen zugunsten der Standorte dokumentiert.

Bei den meisten fehldokumentierten Datenfeldern schwankte die Fehldokumentation zwischen 1 und 3 Fällen von insgesamt 40 überprüften Fällen. Datenfelder mit Dokumentationsproblemen lagen insbesondere für DF 12 *klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)*, DF 14 *Infarkt(e)*, DF 21 *Einstufung nach ASA-Klassifikation*, DF 29 *arterielle Gefäßerkrankung*, DF 34 *Lungenerkrankung(en)* und DF 38.1 *Kreatininwert i.S. in mg/dl* vor. Das Datenfeld zur ASA-Klassifikation zeigte die niedrigste Übereinstimmungsrate von allen geprüften Datenfeldern dieses Auswertungsmoduls.

In den Gesprächen mit den Standorten wurde geschildert, dass *ASA* und *NYHA* zum Zeitpunkt der Aufnahme dokumentiert werden müssten, die Anästhesistin oder der Anästhesist die Patientinnen und Patienten jedoch häufig erst im OP sehen würde und es deshalb ggf. zu Dokumentationsproblemen käme. Zudem gäbe es für *NYHA* keine Ausfüllhinweise. Auch beim Datenfeld *Lungenerkrankung(en)* wurde angemerkt, dass mit der Kodierung = 8 „ja andere Lungenerkrankung“ unklar sei, welche genau gemeint wären. Hier verweist das IQTIG auf Berücksichtigung der Ausfüllhinweise, die zu diesem Datenfeld im Erfassungsjahr folgende Aussage treffen: „Alle funktionell bedeutenden entzündlichen und nichtentzündlichen Lungen- und Pleuraerkrankungen, sowie Trachealstenosen. Mit 1 und 2 sind auch Kombinationen von COPD mit anderen Lungenerkrankungen zu kodieren.“ In beiden Fällen handelt es sich um Lungenerkrankungen, die funktionell bedeutsam sind (Lobektomie, Lungenfibrose).

Beim DF 26 *Anzahl an Vor-OPs an Herz/Aorta* sei unklar, ob es sich nur um „offen-chirurgische“ Operationen handeln sollte. Auch hier bestand der Wunsch nach Anpassung der Ausfüllhinweise. Ebenso sei es günstiger, beim Kreatininwert nicht den exakten Wert abzufragen, sondern bestimmte Spannweiten wie dies beispielsweise im Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation* der Fall sei. Das IQTIG hat alle Anregungen beider Standorte aufgenommen.

Da die Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren richtig dokumentiert sein sollten, kann bei Fehldokumentation ein falsches Ergebnis im Qualitätsindikator erscheinen – auch wenn Standorte eigentlich zu ihren Ungunsten dokumentiert haben. Deshalb wurden alle datenvalidierten Standorte angehalten, weiterhin an einer guten Dokumentation festzuhalten. Alle Aspekte sollen mit der Bundesfachgruppe beraten werden.

3.3.4 Ergebnisse zum Häufigkeitskriterium

Grundlage für die Entscheidung, ob ein Krankenhausstandort besonders oder erheblich häufige Dokumentationsfehler aufweist, ist ein statistisches Verfahren, das die Stichprobenunsicherheit berücksichtigt (vgl. IQTIG 2020c). Der Grenzwert für die Fehldokumentationsrate in der Stichprobe, ab dem besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler vorliegen, liegt daher ggf. über 10 % bzw. 15 % und hängt unter anderem von der Gesamtzahl aller dokumentierten Datenfelder N ab. Zusätzlich zur jeweiligen Fehldokumentationsrate ist daher in den Grafiken für Standorte mit mehr als 20 Fällen auch die untere Grenze des in der statistischen Methodik verwendeten 90%-Vertrauensintervalls angegeben. Falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf.

In Abbildung 6 sind die Schätzungen der Fehldokumentationsraten der Krankenhausstandorte des Auswertungsmoduls *Koronarchirurgie, isoliert* dargestellt (mit 90%-Vertrauensintervall).

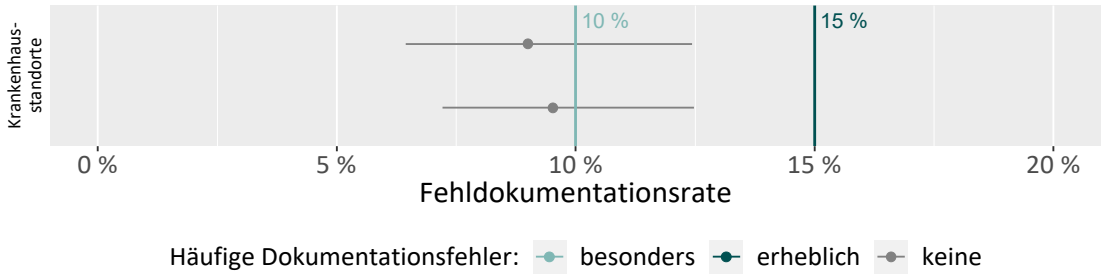

Abbildung 6: Fehldokumentationsrate der Standorte nach gezieltem Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

Es ist zu erkennen, dass in beiden wiederholt geprüften Standorten keine Fehldokumentationsrate von besonderer oder erheblicher Häufigkeit vorliegt.

4 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Für das Erfassungsjahr 2018 hat der G-BA ein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich im indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul *Neonatologie* (NEO) und im direkten QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* zum Auswertungsmodul *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* (HTXM-MKU) beschlossen. Bei der Beschreibung der Ergebnisse sind die Ergebnisse zu Sensitivität und Spezifität zu den Datenfeldern (siehe Anhang) einbezogen worden. Der Anteil an Unter- oder Überdokumentationen zugunsten oder zuungunsten des Krankenhausstandortes kann somit neben der dargestellten Übereinstimmungsrate abgeleitet werden. Die Ergebnisse sind im Folgenden dargestellt.

4.1 Neonatologie (NEO)

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und der Fälle für den Datenabgleich der Daten des Erfassungsjahres 2018 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden in einer Stichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum Auswertungsmodul *Neonatologie* (NEO) QS-Daten für das Erfassungsjahr 2018 geliefert hatten, zufällig ausgesucht. Ausgeschlossen wurden richtliniengemäß Krankenhausstandorte mit weniger als 4 Fällen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte, die zu diesem QS-Verfahren QS-Daten für das Erfassungsjahr 2018 übermittelt hatten, wurden ebenfalls durch ein Zufallsverfahren maximal 20 Fälle pro Standort bestimmt. Für diese wurden anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder und ein Abgleich mit den übermittelten QS-Daten durchgeführt.

Es wurden insgesamt 44 Datenfelder des Erfassungsbogens Neonatologie (NEO) zur Überprüfung im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ausgewählt und vom G-BA beschlossen.

4.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden 27 Krankenhausstandorte gezogen, für die bundesweit 515 Fallakten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der auf Landesebene beauftragten Stellen datenvalidiert wurden. An einem Standort war ein Fall nicht validierbar, weil die Patientenakte zur Fallprüfung war. Ein Reservefall konnte an diesem Standort aufgrund aller zur Überprüfung einbezogenen Fälle nicht herangezogen werden. An einem weiteren Standort wurde auf einen Reservefall zurückgegriffen, weil die Patientenakte nicht aufgefunden werden konnte. Deshalb vermindert sich die Stichprobe von 515 Fällen auf 514 Fälle, für die nachfolgend die Ergebnisse beschrieben werden. Tabelle 11 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und geprüften Fälle je Bundesland dar, welche in das Stichprobenverfahren (ursprünglich) einbezogen wurden.

Tabelle 11: Neonatologie (NEO): Stichprobenumfang je Bundesland

Bundesland		**besuchte Krankenhausstandorte**	**geprüfte Fälle (Reservefälle)**
Baden-Württemberg (BW)		2	40 (20)
Bayern (BA)		3	56* (20)
Berlin (BE)		1	20 (10)
Brandenburg (BB)		2	40 (20)
Bremen (HB)		1	20 (10)
Hamburg (HH)		1	20 (10)
Hessen (HE)		2	40 (20)
Mecklenburg-Vorpommern (MV)		1	20 (10)
Niedersachsen (NI)		2	40 (20)
Nordrhein-Westfalen (NW)	Nordrhein (NO)	3	60 (30)
	Westfalen-Lippe (WE)	2	28* (10)
Rheinland-Pfalz (RP)		1	20 (10)
Saarland (SL)		1	20 (10)
Sachsen-Anhalt (ST)		1	20 (10)
Sachsen (SN)		2	31* (10)
Schleswig-Holstein (SH)		1	20 (3)**
Thüringen (TH)		1	20 (10)
Gesamt		27	515

* Standorte mit nicht 20 Fällen und deshalb ohne Reservefälle (weil nicht genug Fälle vorhanden)

** Standorte mit nicht exakt 10 Reservefällen

4.1.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern

Die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder hinweg lag bei 95,71 %[8]. Es zeigte sich bei einem geprüften Standort von 27 eine komplett fehlerfreie Dokumentation aller Fälle. Die niedrigste Übereinstimmung lag bei einem Standort mit 91,18 % für dieses geprüfte QS-Verfahren. Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern über alle Standorte. Die Kreuztabellen sind dem Anhang zu entnehmen.

Im Folgenden werden alle Datenfelder mit Dokumentationsfehlern hinsichtlich des Ausmaßes der Abweichungen sowie deren Einfluss auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Risikoadjustierung beschrieben. Datenfelder mit einer 100%igen Übereinstimmung werden nicht gesondert beschrieben, sondern können den entsprechenden Tabellen entnommen werden. Gegebenenfalls wird, anders als in der Tabelle dargestellt, bei der Beschreibung der Datenfelder von der Reihenfolge des Dokumentationsbogens aufgrund inhaltlicher Zusammenhänge abgewichen.

Tabelle 12: Neonatologie (NEO): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 21) endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	98,64 %	507/514
(DF 22) endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)	94,36 %	485/514
(DF 24) Uhrzeit der Geburt	95,33 %	490/514
(DF 25) Gewicht des Kindes bei Geburt	96,89 %	498/514
(DF 29) primär palliative Therapie (ab Geburt)	93,33 %	14/15
(DF 32) Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	97,86 %	503/514
(DF 35) Aufnahme ins Krankenhaus von	83,13 %	69/83
(DF 41) Gewicht bei Aufnahme	94,75 %	487/514
(DF 42.1) Kopfumfang bei Aufnahme	95,65 %	484/506
(DF 42.2) Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt	37,50 %	3/8
(DF 43.1) Körpertemperatur bei Aufnahme	88,91 %	441/496
(DF 43.2) Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	72,22 %	13/18

[8] Die Berechung der bundesweiten Übereinstimmungsrate wird in Abschnitt 2.2.4 erklärt.

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	**Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)**	**Anzahl einbezogener Fälle**
(DF 44) Fehlbildungen	98,05 %	504/514
(DF 46) Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden	98,25 %	505/514
➔ (DF 47) Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie	95,82 %	413/431
➢ (DF 48) Status bei Aufnahme	87,88 %	29/33
➔ (DF 49) Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	97,45 %	420/431
➢ (DF 50) Status bei Aufnahme	80,00 %	4/5
(DF 51) ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden	96,50 %	496/514
➢ (DF 52) Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)	81,94 %	118/144
(DF 54) Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)	96,89 %	498/514
➢ (DF 55) Beginn	87,04 %	141/162
➢ (DF 56) endgültige Beendigung	74,69 %	121/162
(DF 57) Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt	96,69 %	497/514
(DF 61) Pneumothorax	99,42 %	511/514
➢ (DF 62) Status bei Aufnahme	84,62 %	11/13
(DF 63) Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	99,03 %	509/514
(DF 64) perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	97,67 %	502/514
(DF 66) Sepsis/SIRS	97,86 %	503/514
➢ (DF 67) Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns	61,54 %	24/39
(DF 71) Pneumonie	99,42 %	511/514
➢ (DF 73) Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt	72,73 %	8/11
(DF 75) nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	99,42 %	511/514
➢ (DF 76) Status bei Aufnahme	75,00 %	3/4

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 77) Neugeborenen-Hörscreening	96,30 %	495/514
(DF 84.1) Kopfumfang bei Entlassung	91,75 %	434/473
(DF 84.2) Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt	12,20 %	5/41
(DF 86) Entlassungsgrund*	98,44 %	506/514
➢ (DF 91) Todesursache	100,00 %	15/15
(DF 92) weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	99,81 %	513/514

➔ Sowohl Filterfeld als auch abhängiges Feld

➢ 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 Entlassgründe wurden in die Kategorien lebend entlassen, verstorben, Behandlung regulär beendet und Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen kategorisiert.

(DF 21) endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen) [Übereinstimmungsrate: 98,64 % (507/514)]

Dieses Datenfeld ist für 8 Qualitätsindikatoren und 12 Kennzahlen und damit für alle bestehenden Rechenregeln im Bereich Neonatologie relevant. Der Einfluss auf die Qualitätsindikatoren soll bei der Darstellung der Ergebnisse berücksichtigt werden. Folgende Indikatoren sind entsprechend relevant:

- Kinder mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen gehen in den Nenner des QI 51070 „Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ und in den Nenner des QI 50074 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C“ ein.
- Kinder mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen bis 32+0 Wochen p. m. (Ebene 1 bis 5) und Kinder ab 36-0 Wochen p.m. bzw. unter 37+0 Wochen p. m. (Ebene 4 und 5) sind für den Nenner des QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ relevant.
- Kinder mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen gehen in den Nenner der QIs 50060 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)“, 50062 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ und 50063 „Durchführung eines Hörtests“ ein.
- Kinder mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p.m. gehen in den Nenner des QI 50069 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C“ ein.

- Kinder ab einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen bis unter 37+0 Wochen p. m. gehen in den Nenner des QI 52262 „Zunahme des Kopfumfangs“ ein.

An 7 von 27 geprüften Standorten (25,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 7 von 514 Fällen (1,4 %), wovon die Angabe für einen Fall in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war.

Alle Abweichungen, außer für den Fall, in dem die Angabe in der Patientenakte nicht ersichtlich und damit nicht beurteilbar war, waren derart, dass es keinen Einfluss auf den Einbezug in die Indikatoren gab und deshalb weder zugunsten oder zuungunsten der Standorte dokumentiert wurde.

(DF 22) endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage) [Übereinstimmungsrate: 94,36 % (485/514)]

An 11 von 27 geprüften Standorten (40,7 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 29 von 514 Fällen (5,6 %), wovon die Angaben in der Patientenakte für denselben Fall wie zu DF 21 „nicht ersichtlich“ war. Dieses Datenfeld ist für folgende Qualitätsindikatoren und Kennzahlen relevant:

- 51079 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“
- 50053 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“
- 51078 „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“
- 50052 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“
- 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“
- 52262 „Zunahme des Kopfumfangs“

Die Angaben dieses Datenfeldes werden für verschiedene Funktionen in den Rechenregeln verwendet (fn_aufngestalter und fn_entlgestalter). Je nachdem welcher Tag angegeben wurde, kann sich eine andere Woche bei der Entlassung ergeben, wodurch dieser Fall fälschlicherweise in einen Indikator einbezogen oder eben nicht einbezogen würde.

(DF 24) Uhrzeit der Geburt [Übereinstimmungsrate: 95,33 % (490/514)]

An 13 von 27 geprüften Standorten (48,2 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 24 von 514 Fällen (4,7 %), wovon in 6 Fällen die Angaben in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ waren. Dieses Datenfeld wird mit anderen Datenfeldern für die Berechnung der Ersatzfelder *Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus* und *Alter bei Aufnahme in Stunden* benötigt und hat bei ≤ 48 h Auswirkungen auf die o. g. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 51078, 50052 und 51901.

Die Abweichungen in Bezug auf die Uhrzeit schwanken zwischen 1 Minute und ca. 4 Stunden für die 14 Fälle für die Angaben in der QS-Dokumentation und in der Akte vorhanden waren. Für die 6 Fälle, bei denen die Angabe nicht ersichtlich in der Akte war, konnte die Abweichung nicht

berechnet werden. Ebenso wenig für 7 weitere Fälle, bei denen die Angabe in der QS-Dokumentation aufgrund der Kann-Feld-Option nicht vorgenommen wurde.

(DF 32) Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus) [Übereinstimmungsrate: 97,86 % (503/514)]
An 8 von 27 geprüften Standorten (29,6 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 514 Fällen (2,1 %), wovon 2 darauf zurückgehen, dass die Angaben nicht in der Patientenakte ersichtlich waren. Im Mittel wichen die Uhrzeiten um 14 Minuten ab (min: 1 Minute, max: 1 h 14 min). Das Datenfeld wird mit anderen Datenfeldern für die Berechnung des Ersatzfeldes *Alter bei Aufnahme in Stunden* benötigt, welches in die Berechnung der o. g. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 51078, 50052 und 51901 eingehen. Somit könnte die Abweichung relevant werden, wenn Kinder bei Aufnahme älter als 48 Stunden sind.

(DF 35) Aufnahme ins Krankenhaus von [Übereinstimmungsrate: 83,13 % (69/83)]
Dieses Datenfeld muss nur dokumentiert werden, wenn *wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit nicht Geburtsdatum und -uhrzeit*. Aufgrund dessen, dass das *Aufnahmedatum* und das *Geburtsdatum* nicht mittels Zweiterfassung an das IQTIG exportiert werden, kann eine Prüfung der Bedingung, inwiefern das Datenfeld hätte ausgefüllt werden müssen, nicht erfolgen. Gemäß Tool-Berechnung vor Ort traf die Bedingung für 83 Fälle zu, für die Angaben zur Aufnahme ins Krankenhaus gemacht werden mussten. An 11 von 24 Standorten (45,8 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 14 von 83 Fällen (16,9 %).

Die Angabe = 2 „externer Kinderklinik“ und = 3 „externer Klinik als Rückverlegung“ ist für den Ein- oder Ausschluss in allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen relevant. Für die Kennzahl 50060 ist ebenfalls die Angabe = 5 „von zu Hause“ für den Ausschluss relevant. Aufgrund der vielfältigen Berücksichtigung in den Qualitätsindikator und Kennzahlen ist eine korrekte Angabe von Bedeutung. 9 Fälle wurden für die QS mit = 1 „externer Geburtsklinik“ dokumentiert, für die aus der Patientenakte allerdings hervorging, dass es sich um eine „externe Kinderklinik“ (= 2) handelte. Dementsprechend wurden diese Kinder entweder nicht ein- oder ausgeschlossen in den Indikator- und Kennzahlberechnungen. Somit wurde für diese Fälle zugunsten der Standorte dokumentiert.

In 2 Fällen gab es Unterschiede zwischen der Angabe = 2 und = 3, was allerdings keine Auswirkungen auf die Berechnungen hat. In einem Fall wurde = 4 „außerklinische Geburtseinrichtung“ dokumentiert, obgleich in der Patientenakte = 1 „externe Geburtsklinik“ vermerkt war, und in einem weiteren Fall wurde die „externe Geburtsklinik“ (= 1) für die QS angegeben, in der Patientenakte aber = 6 „Geburt in eigener Geburtsklinik“ dokumentiert. Auch in diesen beiden Fällen haben die Fehldokumentationen keine Auswirkungen auf die Indikator- oder Kennzahlberechnung.

(DF 25) Gewicht des Kindes bei Geburt [Übereinstimmungsrate: 96,89 % (498/514)]
An 11 von 27 geprüften Standorten (40,7 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 16 von 514 Fällen (3,1 %). Die Abweichungen schwankten zwischen - 100 g und + 385 g. Dieses Datenfeld geht in mehrere Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ein, bei denen das Gewicht von entweder < 1.500 g oder ≥ 1.500 g

relevant ist. In einem Fall wurde das Gewicht mit 1.345 g für die QS dokumentiert, obwohl in der Patientenakte ein Gewicht von 1.730 g vermerkt war. Hierdurch wird der Fall nicht in die relevanten Kennzahlen/Qualitätsindikatoren einbezogen und kann somit ggf. zugunsten des Standortes dokumentiert worden sein oder entsprechend zuungunsten bei Einbezug in Indikator mit Einschluss von < 1.500g.

(DF 29) primär palliative Therapie (ab Geburt) [Übereinstimmungsrate: 93,33 % (14/15)]
Dieses Datenfeld muss nur ausgefüllt werden, wenn DF 86 *Entlassgrund* = Tod dokumentiert wurde. Es wurden richtigerweise 15 Fälle als verstorben dokumentiert (siehe Seite 108), für die auch das DF 29 dokumentiert werden musste. Insgesamt erfolgte an einem Standort in einem Fall eine Abweichung in der Art, dass für die QS-Dokumentation keine Angabe erfolgte, aus der Patientenakte allerdings hervorging, dass keine primär palliative Therapie erfolgte. Dieses Datenfeld geht mit der Angabe primär palliative Therapie = nein oder keine Angabe in diesem Datenfeld in alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ein.

(DF 41) Gewicht bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 94,75 % (487/514)]
An 14 von geprüften 27 Standorten (51,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 27 von 514 Fällen (5,3 %).

Die Abweichungen schwankten zwischen - 355 g und + 1.300 g. Dieses Datenfeld geht ihn die Risikoadjustierung der QIs 50069 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C“ und 50074 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C“ ein. Je höher das Gewicht, desto weniger Einfluss hat das Datenfeld auf das E (expected). In 17 der 27 fehldokumentierten Fälle wurde das Gewicht leichter für die QS angegeben als in der Akte dokumentiert und damit ggf. eher zugunsten der Standorte.

Bei der Angabe des Kopfumfangs bei Aufnahme oder Entlassung muss entweder DF 42.1 oder DF 42.2 sowie entweder DF 84.1 oder DF 84.2 ausgefüllt werden

Die Grundgesamtheit der Fälle weicht jeweils um die Fälle ab, für die entweder für die QS oder bei der Datenvalidierung eine Angabe in dem ein oder anderen Feld gemacht wurde, da nicht beide zusammengehörenden Felder gleichzeitig ausgefüllt werden können (also ein Wert für den Kopfumfang und eine Eintragung als nicht bekannt ist ausgeschlossen).

Die Datenfelder sind für den QI 52262 „Zunahme des Kopfumfangs“ relevant. In den Zähler des Indikators gehen die Fälle mit einer Differenz zwischen der beobachteten relativen und erwartenden relativen Zunahme des Kopfumfangs ein und in den Nenner die Fälle mit einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat.

(DF 42.1) Kopfumfang bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 95,65 % (484/506)]
An 15 von 27 geprüften Standorten (55,6 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 22 von 506 Fällen (5,3 %). Die Abweichungen schwankten zwischen - 14,5 cm (Wert in der Akte niedriger als in der QS-Dokumentation) und + 10 cm (Wert in der Akte größer als in der QS-Dokumentation). Alle Angaben in der

Patientenakte oder QS-Dokumentation lagen zwischen 20 cm und 50 cm, sodass die Fehldokumentationen keinen Einfluss auf den Einbezug in den Nenner des Indikators ergaben, außer der Kopfumfang hat zwischen Aufnahme und Entlassung nicht zugenommen. Aber es könnte einen Einfluss auf den Zähler haben, weil dadurch die Differenz zwischen tatsächlichem und erwartetem Kopfumfang beeinflusst werden könnte.

(DF 42.2) Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt [Übereinstimmungsrate: 37,50 % (3/8)]
An 6 Standorten wurden Angaben für dieses Datenfeld vorgenommen, da entweder in DF 42.1 keine Eintragungen zu diesen Fällen für die QS gemacht wurden oder bei der Zweiterfassung festgestellt wurde, dass DF 42.2 zu dokumentieren ist. An 2 der 6 Standorte (66,6 %) gab es Abweichungen in 5 von 8 Fällen (62,5 %). Für diese Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation zu DF 42.1 vorgenommen, obgleich in der Patientenakte vermerkt war, dass der Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt sei. Die Fälle, bei denen der Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt ist, können auch nicht in den o. g. Indikator einbezogen werden.

(DF 84.1) Kopfumfang bei Entlassung [Übereinstimmungsrate: 91,75 % (434/473)]
An 10 von 27 geprüften Standorten (37,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 39 von 473 Fällen (8,3 %). Bei 16 Fällen wurde für die QS angegeben, der Kopfumfang sei nicht bekannt (DF 84.2), obgleich in der Patientenakte ein Wert zum Kopfumfang dokumentiert war. In 23 Fällen wurde ein anderer Wert für die QS dokumentiert, als in der Patientenakte angegeben war. Die Abweichungen schwankten zwischen - 0,5 cm (Wert in der Akte niedriger als in der QS-Dokumentation) und + 16 cm (Wert in der Akte größer als in der QS-Dokumentation). Außer in einem Fall lagen alle Angaben in der Patientenakte oder QS zwischen 20 cm und 50 cm, sodass die Fehldokumentationen keinen Einfluss auf den Einbezug in den Nenner des Indikators ergaben, außer der Kopfumfang hat zwischen Aufnahme und Entlassung nicht zugenommen. In einem Fall lag der Kopfumfang bei Entlassung bei 51 cm, welcher jedoch für die QS mit 35 cm angegeben wurde, wodurch der Fall wahrscheinlich fälschlicherweise in den Indikator einbezogen wurde.

(DF 84.2) Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt [Übereinstimmungsrate: 12,20 % (5/41)]
An 10 Standorten wurden Angaben für dieses Datenfeld vorgenommen, da entweder in DF 84.1 keine Eintragungen zu diesen Fällen für die QS gemacht wurden oder bei der Zweiterfassung festgestellt wurde, dass DF 84.2 zu dokumentieren ist. In 36 Fällen wurde fälschlicherweise ein Wert für die QS in DF 84.1 dokumentiert und es erfolgte keine Angabe in DF 84.2. Gemäß Patientenakte hätte für DF 84.2 bestätigt werden müssen, dass der Kopfumfang bei Entlassung „nicht bekannt“ ist. Damit liegt der Anteil der Unterdokumentationen an allen Fällen, für die eine Angabe (= ja) in diesem Datenfeld hätte vorgenommen werden müssen, bei 87,8 % (36/41). Die Fälle, bei denen der Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt ist, können auch nicht in den o. g. Indikator einbezogen werden. In 5 Fällen stimmten die Angaben überein.

Bei der Angabe der Körpertemperatur muss entweder DF 43.1 oder DF 43.2 ausgefüllt werden

Die Grundgesamtheit der Fälle weicht jeweils um die Fälle ab, für die entweder für die QS oder bei der Datenvalidierung eine Angabe in dem ein oder anderen Feld gemacht wurde, da nicht

beide zusammengehörenden Felder gleichzeitig ausgefüllt werden können (also ein Wert für die Körpertemperatur und eine Eintragung als nicht bekannt ist ausgeschlossen).

Die Datenfelder zur Körpertemperatur gehen mit der Angabe < 36 °C in den Zähler des O (observed) der beiden QIs 50069 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C“ und 50074 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C“ ein. Die Fälle, bei denen die Körpertemperatur nicht bekannt ist, werden aus den Indikatoren ausgeschlossen.

(DF 43.1) Körpertemperatur bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 88,91 % (441/496)]
An 14 von 27 geprüften Standorten (51,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 55 von 496 Fällen (11,1 %). Bei 49 der 55 fehldokumentierten Fälle lag eine Differenz der Aufnahmetemperatur zwischen der Angabe für die QS-Dokumentation und der in der Patientenakte vermerkten Angabe vor. Die Abweichungen schwankten zwischen - 2,2 °C (Wert in der Akte niedriger als in der QS-Dokumentation) und + 2,8 °C (Wert in der Akte größer als in der QS-Dokumentation). Im Mittel lag die Differenz bei 0,5 °C. In 4 Fällen lagen die Werte bei < 36 °C, welche für die QS aber mit einer höheren Temperatur angegeben wurde. Diese Fälle wurden damit nicht im Indikator berücksichtigt und damit zugunsten der Standorte dokumentiert. Bei 2 datenvalidierten Patientenakten erfolgte der umgekehrte Fall. In den übrigen 6 fehldokumentierten Fällen wurde fälschlicherweise angegeben, dass die Aufnahmetemperatur nicht bekannt sei (DF 43.2), obgleich eine Temperatur in der Patientenakte vermerkt war. Diese lag in allen 6 Fällen jedoch nicht unter 36 °C, allerdings wurden die Fälle aus dem Nenner der Indikatoren ausgeschlossen.

(DF 43.2) Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt [Übereinstimmungsrate: 72,22 % (13/18)]
An 3 von 11 Standorten (27,3 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 5 von 18 Fällen (27,8 %), für die fälschlicherweise ein Wert für die QS in DF 43.1 dokumentiert wurde. Gemäß Patientenakte hätte für DF 43.2 bestätigt werden müssen, dass die Körpertemperatur „nicht bekannt“ ist. Damit liegt der Anteil der Unterdokumentationen an allen Fällen, für die eine Angabe (= ja) in diesem Datenfeld hätte vorgenommen werden müssen, bei 27,8 % (5/18). Diese Fälle hätten aus den Indikatoren ausgeschlossen werden müssen.

(DF 44) Fehlbildungen [Übereinstimmungsrate: 98,05 % (504/514)]
An 6 von 27 geprüften Standorten (22,2 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 10 von 514 Fällen (2,0 %). Dieses Datenfeld ist für 8 Qualitätsindikatoren und 12 Kennzahlen und damit für alle bestehenden Rechenregeln im Bereich Neonatologie relevant. So werden nur Kinder mit „keiner“, „leichter“ und „schwerer“ Fehlbildung in die Grundgesamtheit der Indikatoren einbezogen. „Schwere“ Fehlbildungen werden zusätzlich für die Risikoadjustierung herangezogen. Von den 10 fehldokumentierten Fällen wurde bei 3 Fällen fälschlicherweise für die QS eine „schwere“ Fehlbildung dokumentiert, die gemäß Patientenakte in 2 Fällen „keine“ und in einem Fall eine „leichte“ darstellte,

wodurch eine Überdokumentation der „schweren“ Fehlbildung zugunsten dieser Standorte erfolgte. Die weiteren 7 Fehldokumentationen waren zwischen „keiner“ und „leichter“ Fehlbildung und hatten keinen Einfluss auf die Berechnungen.

(DF 46) Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden [Übereinstimmungsrate: 98,25 % (505/514)]

An 4 von 27 geprüften Standorten (14,8 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 9 von 514 Fällen (1,8 %). Dieses Datenfeld geht bei der Angabe = ja (Sonogramm durchgeführt/vorhanden) in die Indikatoren und Kennzahlen 51076, 50050, 51077, 50051 und 51901. In 5 Fällen wurde fälschlicherweise für die QS dokumentiert, dass ein Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden sei, obgleich dies nicht in der Patientenakte vermerkt war. Diese Fälle wurden damit zuungunsten der Standorte dokumentiert. Der Anteil der Überdokumentation gemessen an allen Fällen für die in der QS-Dokumentation = ja dokumentiert wurde, beträgt 1,2 % (5/427). Für die weiteren 4 Fälle, die fehldokumentiert wurden, lag eine Unterdokumentation für die QS vor. Es ist fälschlicherweise keine Durchführung des Sonogramms für die QS dokumentiert worden, obgleich diese in der Patientenakte vermerkt war. Dadurch wurden diese Fälle nicht in die Indikatoren- und Kennzahlberechnung einbezogen und ggf. zugunsten der Standorte dokumentiert. Die Unterdokumentation an allen Fällen, für die ein Schädelsonogramm gemäß Patientenakte vorlag, liegt bei 0,9 % (4/426).

Da es sich um ein Filterfeld für den jeweiligen genauen Befund handelt, zu dem eine Angaben nur bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden kann, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung.

Wenn ein Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden ist (DF 46), dann genaue Befundung in DF 47:

➔ (DF 47) Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie [Übereinstimmungsrate: 95,82 % (413/431)]

Dieses Datenfeld ist mit der Kategorie Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH für den Zähler der Transparenzkennzahl 51076 „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ und das O (observed) der Transparenzkennzahl 50050 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ sowie den Zähler des QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ relevant.

Da es bereits 9 Fehldokumentationen im Filterfeld gab, erfolgt für diese Fälle automatisch ein Folgefehler in diesem Datenfeld. Die Grundgesamtheit bezieht sich somit nicht auf 427 Fälle, für die Angaben in der QS-Dokumentation gemacht wurden, sondern schließt ebenfalls die in der Datenvalidierung vor Ort festgestellten 4 Fälle, für die Angaben vorlagen, mit ein, wodurch Angaben für n = 431 vorliegen.

An 8 von 27 geprüften Standorten (29,6 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 18 von 431 Fällen (4,1 %). Für die 5 im Filterfeld überdokumentierten Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe vorgenommen (alle = nein) und für die 4 unterdokumentierten Fälle wurde in der Patientenakte

festgestellt, dass IVH/PHV = nein hätte dokumentiert werden müssen. Die weiteren 9 Fehldokumentationen ergeben sich aus einem falsch dokumentierten Grad. Eine dieser Fehldokumentationen war QI-relevant, da eine PVH für die QS dokumentiert wurde, in der Patientenakte allerdings eine Hirnblutung Grad II angegeben war.
Dieses Datenfeld ist bei einer vorliegenden IVH/PVH ein Filterfeld für ein weiteres abhängiges Datenfeld.

Wenn ein IVH/PVH (DF 47), dann Status bei Aufnahme in DF 48:

- (DF 48) Status bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 87,88 % (29/33)
  In 33 Fällen musste eine Angabe zu diesem abhängigen Feld vorgenommen werden. An 2 von 13 Standorten (15,4 %) gab es Abweichungen in 4 Fällen (12,1 %). Für diese 4 Fälle wurde für die QS im Filterfeld (DF 47) „nein“ dokumentiert, weshalb dieses abhängige Feld nicht angegeben wurde. In der Patientenakte aller 4 Fälle war jedoch dokumentiert, dass eine „IVH / PVH während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten“ ist. Mit dieser Angabe waren alle 4 Fälle für den Einbezug in die drei oben beschriebenen Indikatoren und Kennzahlen 50050, 51076 und 51901 relevant und es wurde damit ggf. zugunsten der beiden Standorte dokumentiert.

Wenn ein Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden ist (DF 46), dann genaue Befundung in DF 49:

- (DF 49) Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) [Übereinstimmungsrate: 97,45 % (420/431)]
  Dieses Datenfeld ist für die Kennzahlen 51077 „Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ und 50051 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an zystischen periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ relevant. Nicht nur das Vorliegen eine PVL ist für die Rechenregel wichtig, sondern insbesondere der Status bei Aufnahme (DF 50).
  Da es bereits 9 Fehldokumentationen im Filterfeld gab, erfolgt für diese Fälle automatisch ein Folgefehler in diesem Datenfeld. Die Grundgesamtheit bezieht sich somit nicht auf 427 Fälle, für die Angaben in der QS-Dokumentation gemacht wurden, sondern schließt ebenfalls die in der Datenvalidierung vor Ort festgestellten 4 Fälle, für die Angaben vorlagen, mit ein, wodurch Angaben für n = 431 vorliegen.
  An 6 von 27 geprüften Standorten (22,2 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 431 Fällen (2,6 %). Für die 5 im Filterfeld überdokumentierten Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe vorgenommen (all = nein) und für die 4 unterdokumentierten Fälle wurde in der Patientenakte festgestellt, dass PVL = nein hätte dokumentiert werden müssen. Die anderen beiden Fehldokumentationen bestanden darin, dass in einem Fall eine PVL überdokumentiert und in einem Fall unterdokumentiert wurde.
  Dieses Datenfeld ist bei einer vorliegenden PVL ein Filterfeld für ein weiteres abhängiges Datenfeld.

Wenn ein PVL (DF 49), dann Status bei Aufnahme in DF 50:

- (DF 50) Status bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 80,00 % (4/5)]
  In 5 Fällen musste eine Angabe zu diesem abhängigen Feld vorgenommen werden. An einem von 5 Standorten (20,0 %) gab es eine Abweichung in 1 von 5 zu dokumentierenden Fällen (20,0 %). Für diesen Fall wurde für die QS im Filterfeld (DF 49) „nein“ dokumentiert, weshalb dieses abhängige Feld nicht angegeben wurde. In der Patientenakte dieses Falls war jedoch dokumentiert, dass eine „PVL während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten“ ist. Mit dieser Angabe war der Fall für den Einbezug in die drei oben beschriebenen Indikatoren und Kennzahlen 51077 und 50051 relevant und es wurde damit ggf. zugunsten des Standortes dokumentiert.

(DF 51) ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden [Übereinstimmungsrate: 96,50 % (496/514)]

Dieses Datenfeld geht bei der Angabe „ja“ (Untersuchung durchgeführt/vorhanden) in den Nenner der Kennzahl 51078 „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“, den Nenner des O (observed) der Kennzahl 50052 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ und in den QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ ein.

An 8 von 27 geprüften Standorten (29,6 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 18 von 514 Fällen (3,5 %). Insgesamt wurden 11 Fälle fälschlicherweise mit der Angabe = ja für die QS dokumentiert, obgleich in der Patientenakte keine ophthalmologische Untersuchung vermerkt war. Diese Fälle wurden damit zuungunsten der Standorte dokumentiert. 7 Fälle, bei denen eine durchgeführte Untersuchung in der Patientenakte vermerkt war, wurden fälschlicherweise nicht für die QS angegeben. Dadurch wurden diese Fälle nicht in die Indikator- und Kennzahlberechnung einbezogen und ggf. zugunsten der Standorte dokumentiert. Der Anteil an Unterdokumentationen an allen Fällen, für die gemäß Patientenakte eine ophthalmologische Untersuchung durchgeführt wurde, lag bei 5,3 % (7/133).

Da es sich um ein Filterfeld für die genaue Angabe zum Stadium der Retinopathie handelt, zu dem eine Angaben nur bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden kann, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung.

Wenn eine ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden ist (DF 51), dann genaue Stadiumeinteilung in DF 52:

- (DF 52) Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) [Übereinstimmungsrate: 81,94 % (118/144)]
  Dieses Datenfeld ist mit einer ROP > 2 für die o. g. Kennzahlen 51078 und 50052 und für den o .g. QI 51901 relevant. Da es bereits 18 Fehldokumentationen im Filterfeld gab, erfolgt für diese Fälle automatisch ein Folgefehler in diesem Datenfeld. In 144 Fällen wurde eine Angabe zu diesem abhängigen Feld vorgenommen. An 9 von 27 geprüften Standorten (39,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der

Patientenakte. Dies betraf 26 von 144 Fällen (18,1 %). Für die 11 Fälle, für die fälschlicherweise im Filterfeld die Angabe = ja für die QS dokumentiert wurde, obgleich in der Patientenakte keine ophthalmologische Untersuchung vermerkt war, lag folgerichtig auch keine Angabe zum Stadium der ROP in der Patientenakte vor. Die 7 Fälle, für die im Filterfeld bei der Datenvalidierung Angaben in der Patientenakte vorlagen, wurde für die Dokumentation dieses Datenfeldes 6-mal festgestellt, dass keine ROP vorlag und in einem Fall Stadium 1. Die Fehldokumentationen sind damit nicht QI- bzw. kennzahlrelevant. Die weiteren 8 Fehldokumentationen ergeben sich daraus, dass in 4 Fällen für die = nein für die QS dokumentiert wurde, Stadium 1 in der Patientenakte vermerkt war. Für weitere 3 Fälle, für die Stadium 1 für die QS dokumentiert wurde, lag eigentlich Stadium 2 gemäß Patientenakte vor. Auch für diese Fälle sind die Fehldokumentationen nicht relevant. Somit bleibt eine Fehldokumentation von den 26 Fällen, die insofern relevant war, als sie in alle drei für dieses Datenfeld relevanten Indikatoren und Kennzahlen (51078, 50052 und 51901) eingegangen wäre, da in der Patientenakte Stadium 3 vermerkt wurde, für die QS aber nur Stadium 1. In diesem Fall wurde ggf. zugunsten des Standortes dokumentiert.

(DF 54) Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten) [Übereinstimmungsrate: 96,89 % (498/514)]

Dieses Datenfeld ist ein Filterfeld für DF 55 und DF 66 und nur indirekt QI- bzw. kennzahlrelevant. Das DF 55 ist für die Berechnung der „Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen)“ relevant, das DF 56 ist für die Berechnung der „Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen)“ relevant. Beide berechneten Felder werden benötigt, um die „Beatmungsdauer in Tagen“ zu ermitteln. Diese geht mit > 3 Tagen in den Nenner der Kennzahlen 51078 „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ und 50052 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP)“ bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) sowie in den QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ ein.

An 10 von 27 geprüften Standorten (37,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 16 von 514 Fällen (3,1 %). Für 8 Fälle wurde fälschlicherweise für die QS dokumentiert, dass eine Sauerstoffzufuhr stattgefunden hätte, obgleich dieses nicht aus der Patientenakte hervorging. In den anderen 8 Fällen wurde die Sauerstoffzufuhr fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Der Anteil der Unterdokumentation an allen Fällen laut Patientenakte liegt bei 5,2 % (8/154). Da es sich um ein Filterfeld für die genaue Angabe des Beginns und der Beendigung der Sauerstoffzufuhr handelt, zu dem eine Angaben nur bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden können, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung.

- (DF 55) Beginn [Übereinstimmungsrate: 87,04 % (141/162)]
- (DF 56) endgültige Beendigung [Übereinstimmungsrate: 74,07 % (120/162)]
  Da es bereits 16 Fehldokumentationen im Filterfeld gab, erfolgt für diese Fälle automatisch ein Folgefehler in diesem Datenfeld. In 162 Fällen wurde eine Angabe zu diesem abhängigen Feld vorgenommen. Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte lagen an 11 von 24 Standorten (45,8 %) für den *Beginn* (DF 55) und

an 13 von 24 Standorten (54,2 %) zur *endgültigen Beendigung* (DF 56) vor. Für DF 55 betraf dies 21 von 162 Fällen (13,0 %), wovon eine Angabe „nicht ersichtlich“ war, und für DF 56 betraf dies 42 von 162 Fällen (25,9 %), wovon die Angabe in 2 Fällen „nicht ersichtlich“ war. Für die 8 Fälle, für die fälschlicherweise im Filterfeld die Angabe = ja für die QS dokumentiert wurde, obgleich in der Patientenakte keine Sauerstoffzufuhr vermerkt war, lag folgerichtig auch keine Angabe zu *Beginn* und *endgültige Beendigung* in der Patientenakte vor (obgleich ein Datum in der QS-Dokumentation angegeben wurde). Für die 8 Fälle, für die fälschlicherweise im Filterfeld die Angabe = nein für die QS dokumentiert wurde, obgleich in der Patientenakte eine Sauerstoffzufuhr vermerkt war, lag folgerichtig auch eine Angabe zu *Beginn* und zur *endgültigen Beendigung* in der Patientenakte vor (Ausnahme: ein Fall bei *endgültige Beendigung* = nicht ersichtlich).

Die weiteren 4 Fehldokumentationen in DF 55 ergeben sich daraus, dass der Beginn der Sauerstofftherapie in 2 Fällen einen Tag später erfolgte, in einem Fall zwei Tage eher und im vierten Fall bereits 9 Tage eher. Die weiteren 26 Fehldokumentationen in DF 56 bestanden darin, dass die Zeitpunkte der Beendigung zwischen der QS-Dokumentation und der Angabe in der Patientenakte abwichen und in einem Fall die Angabe nicht ersichtlich war. Die Schwankungen lagen zwischen - 49 Tagen (früherer Zeitpunkt der Beendigung laut Akte als für die QS angegeben) und + 40 Tagen (späterer Zeitpunkt für Beendigung laut Akte als für die QS angegeben). Die Abweichung lag im Mittel bei 8,5 Tagen.
Für die Ermittlung des Einflusses auf die o. g. Indikatoren und Kennzahlen müsste die Beatmungsdauer in Tagen berechnet werden und inwiefern diese sich durch die Fehldokumentationen auf > 3 Tage ausgewirkt hätte, was an dieser Stelle nicht vorgenommen wurde.

(DF 57) Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt [Übereinstimmungsrate: 96,69 % (497/514)]

An 10 von 27 geprüften Standorten (37,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 17 von 514 Fällen (3,3 %), wovon eine Abweichung darauf zurückgeht, dass die Angabe in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war. Dieses Datenfeld geht bei Lebendgeborenen mit nasaler/pharyngealer und intratrachealer Beatmung in den Nenner des QI 50062 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ ein. In 4 Fällen wurde für die QS „keine Atemhilfe“ dokumentiert, obgleich in der Patientenakte eine „nasale/pharyngeale“ Beatmung vermerkt war. Diese Fälle sind damit – abhängig von den Ausprägungen der restlichen für den Indikator relevanten Datenfelder – fälschlicherweise nicht in die Grundgesamtheit des Indikators einbezogen worden und damit ist möglicherweise zugunsten der Standorte dokumentiert worden. In einem Fall wurde möglicherweise zuungunsten dokumentiert, da eine Beatmung angegeben wurde, aber gemäß Patientenakte keine Atemhilfe vorlag. Alle anderen Abweichungen ergaben sich daraus, dass für die QS eine weniger invasive Beatmungsmethode angegeben wurde, als in der Patientenakte dokumentiert war.

(DF 61) Pneumothorax [Übereinstimmungsrate: 99,42 % (511/514)]
Dieses Datenfeld geht bei Kindern mit Pneumothorax, der während des aktuellen Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist, in den Zähler des QI 50062 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ ein.

An 2 von 27 geprüften Standorten (7,4 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 3 von 514 Fällen (0,6 %). Insgesamt lag für 13 Fälle ein Pneumothorax vor. In 2 Fällen wurde fälschlicherweise kein Pneumothorax für die QS dokumentiert, obgleich ein Pneumothorax unter Spontanatmung in der Patientenakte vermerkt war. Hierdurch hat der betroffene Standort zu seinen Gunsten dokumentiert. In dem anderen fehldokumentierten Fall wurde „ja, unter nasaler/pharyngealer Beatmung aufgetreten“ für die QS dokumentiert, obgleich in der Patientenakte „ja, unter Spontanatmung aufgetreten“ vermerkt war. Diese Fehldokumentation hat allerdings keine Auswirkungen auf den Indikator. Die Fehldokumentationsrate dieses Datenfeldes ist mit 3 Fällen insgesamt sehr niedrig. Die Unterdokumentation für alle Fälle, bei denen der Pneumothorax unter Spontanatmung gemäß Patientenakte aufgetreten ist, liegt allerdings bei 50 % (3/6).

- (DF 62) Status bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 84,62 % (11/13)]
  Für die 13 Fälle, für die ein Pneumothorax vorlag, musste der Status bei Aufnahme dokumentiert werden. An einem von 8 Standorten (11,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 2 Fällen (15,4 %). Die Abweichung ist ein Folgefehler aufgrund dessen, dass für diese Fälle in DF 61 kein Pneumothorax für die QS dokumentiert wurde. Dementsprechend wurde auch nicht das DF 62 als abhängiges Datenfeld dokumentiert. In der Patientenakte konnte jedoch festgestellt werden, dass der Pneumothorax während des stationären Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist, womit diese Fälle in den Zähler des o. g. Indikator eingegangen wären.

(DF 63) Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) [Übereinstimmungsrate: 99,03 % (509/514)]
Dieses Datenfeld geht bei dokumentierten Kindern mit moderater oder schwerer BPD in den Zähler der Kennzahl 51079 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“, das O (observed) der Kennzahl 50053 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ sowie in den QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

An 3 von 27 geprüften Standorten (11,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 5 von 514 Fällen (1,0 %). Für die QS wurde fälschlicherweise in 4 Fällen „keine oder milde BPD“ dokumentiert, obgleich in 3 Fällen eine „moderate“ und in einem Fall eine „schwere“ BPD in der Patientenakte vermerkt war. Hierdurch erfolgte eine Unterdokumentation für „moderate & schwere“ BPD gemeinsam zu 40 % (4/10) gemessen an allen Kindern mit moderater oder schwerer BPD gemäß Patientenakte. Hierdurch haben die Standorte ggf. zu ihren Gunsten dokumentiert, da die Fälle nicht in die Berechnung der Indikatoren und Kennzahlen eingeflossen sind. In einem Fall wurde fälschlicherweise

eine „schwere“ BPD für die QS dokumentiert und ggf. zuungunsten des Standortes dokumentiert, da bei der Datenvalidierung eine „keine oder milde“ BPD festgestellt wurde.

(DF 64) perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) [Übereinstimmungsrate: 97,67 % (502/514)]
Dieses Datenfeld ist für den QI 50074 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C“ relevant. Lebendgeborene mit perinataler Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie werden aus dem Nenner des Indikators ausgeschlossen. An 7 von 27 geprüften Standorten (25,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 12 von 514 Fällen (2,3 %), wovon eine Abweichung auf eine nicht ersichtliche Angabe in der Patientenakte zurückgeht. Von den 12 fehldokumentierten Fällen erfolgte in einem Fall eine Angabe möglichweise zuungunsten des Standortes („nein“ in der QS-Dokumentation vs. „ja mit therapeutischer Hypothermie“ in der Patientenakte) und in einem Fall eine Angabe möglichweise zugunsten des Standortes („ja mit therapeutischer Hypothermie“ in der QS-Dokumentation vs. „ja ohne therapeutischer Hypothermie“ in der Patientenakte). In 5 weiteren Fällen wurde keine Asphyxie für die QS dokumentiert, obgleich eine „ohne therapeutische Hypothermie“ gemäß Patientenakte vorlag. In 4 Fällen wurde eine Asphyxie ohne therapeutische Hypothermie für die QS dokumentiert, obgleich diese in der Patientenakte nicht festgestellt werden konnte. Ein Fall war „nicht ersichtlich“. Demnach erfolgten diese 10 Fehldokumentationen ohne Auswirkungen auf den Indikator.

(DF 66) Sepsis/SIRS [Übereinstimmungsrate: 97,86 % (503/514)]
Dieses Datenfeld ist ein Filterfeld für DF 67 und nur indirekt QI- bzw. kennzahlrelevant. Das DF 67 geht bei der Angabe von Kindern mit Sepsis/SIRS später als 3 Tage nach Geburt in den Zähler des QI 50060 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)“ ein.

An 8 von 27 geprüften Standorten (29,6 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 514 Fällen (2,1 %). Für 5 Fälle wurde fälschlicherweise für die QS dokumentiert, dass eine Sepsis/SIRS vorgelegen hat, obgleich dieses nicht aus der Patientenakte hervorging. In den anderen 6 Fällen wurde die Sepsis/SIRS fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Der Anteil der Unterdokumentation an allen Fällen mit einer Sepsis/SIRS gemäß Patientenakte liegt bei 17,7 % (6/34). Da es sich um ein Filterfeld für die genaue Angabe des Datums des Sepsis-/SIRS-Beginns handelt, zu dem eine Angaben nur bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden kann, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung.

- (DF 67) Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns [Übereinstimmungsrate: 61,54 % (24/39)]
  In 39 Fällen wurde eine Angabe zu diesem abhängigen Feld vorgenommen. Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte lagen an 10 von 18 Standorten (55,6 %) vor. Dies betraf 15 von 39 Fällen (38,5 %). Da es bereits 11 Fehldokumentationen im Filterfeld gab, erfolgt für diese Fälle automatisch ein Folgefehler in diesem Datenfeld. Für die 6 Fälle die im Filterfeld unterdokumentiert wurden, erfolgte auch keine Eingabe in der QS-Dokumentation zum Datum. Für alle Fälle wurde jedoch ein Datum in der

Patientenakte festgestellt. Für die 5 Fälle, die im Filterfeld überdokumentiert wurden, erfolgte auch die Angabe eines Datums für die QS, welches jedoch nicht in der Patientenakte festgestellt werden konnte. Für die übrigen 4 Fehldokumentationen lagen Differenzen zwischen den Zeitangaben vor, welche von 1 bis 95 Tagen schwankten.

(DF 71) Pneumonie [Übereinstimmungsrate: 99,42 % (511/514)]

Dieses Datenfeld ist ein Filterfeld für DF 73 und nur indirekt QI- bzw. kennzahlrelevant. Das DF 73 geht bei der Angabe von einer Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt in den Zähler des QI 50060 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)“ ein.

An 3 von 27 geprüften Standorten (11,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 3 von 514 Fällen (0,6 %) Für 2 Fälle wurde fälschlicherweise für die QS dokumentiert, dass eine Pneumonie vorgelegen hat, obgleich dies nicht aus der Patientenakte hervorging. In dem anderen Fall wurde die Pneumonie nicht für die QS dokumentiert. Der Anteil der Unterdokumentation an allen Fällen mit einer Pneumonie gemäß Patientenakte liegt bei 11,1 % (1/9). Da es sich um ein Filterfeld für die genaue Angabe zur Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt handelt, zu dem eine Angaben nur bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden kann, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung.

- (DF 73) Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt [Übereinstimmungsrate: 72,73 % (8/11)]
  In 11 Fällen wurde eine Angabe zu diesem abhängigen Feld vorgenommen. Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte lagen an 3 von 5 Standorten (37,5 %) in 3 Fällen vor. Da es bereits 3 Fehldokumentationen im Filterfeld gab, erfolgt für diese Fälle automatisch ein Folgefehler in diesem Datenfeld. In dem Fall, der im Filterfeld unterdokumentiert wurde, erfolgte keine Bestätigung für eine Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt (Angabe = 0: nein), wodurch dieser Fall auch keine Auswirkungen auf den Indikator hat.

(DF 75) nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) [Übereinstimmungsrate: 99,42 % (511/514)]

Die DF 75 und DF 76 sind bei der Angabe von Kindern mit einer NEK, die während des aktuellen Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist, für den Zähler der Kennzahlen 51838 „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ und 51843 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ sowie den QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ relevant.

An 2 von 27 geprüften Standorten (7,4 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 3 von 514 Fällen (0,6 %). Für 2 Fälle wurde fälschlicherweise für die QS dokumentiert, dass eine NEK vorgelegen hat, obgleich dies nicht aus der Patientenakte hervorging. In dem anderen Fall wurde die NEK nicht für die QS dokumentiert. Der Anteil der Unterdokumentation an allen Fällen mit einer NEK gemäß Patientenakte liegt bei 25,0 % (1/4). Da es sich um ein Filterfeld für den Status bei Aufnahme handelt, zu dem eine

Angaben nur bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden kann, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung.

- (DF 76) Status bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 50,00 % (3/6)]
  In 6 Fällen wurde eine Angabe zu diesem abhängigen Feld vorgenommen. Da es bereits 3 Fehldokumentationen im Filterfeld gab, erfolgt für diese Fälle automatisch ein Folgefehler in diesem Datenfeld. Für die 2 überdokumentierten Fälle wurde keine Eintragung zum Status bei Aufnahme in der Patientenakte vermerkt und zu dem einen unterdokumentierten Fall wurde festgestellt, dass eine NEK während des stationären Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist. Letztgenannter Fall wäre damit in die Indikator- bzw. Kennzahlberechnungen eingegangen und wurde ggf. zugunsten des Standortes dokumentiert. Für die weiteren Fälle wurde 2-mal übereinstimmend festgestellt, dass eine NEK während des stationären Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist und einmal bereits bei Aufnahme vorlag.

(DF 77) Neugeborenen-Hörscreening [Übereinstimmungsrate: 96,30 % (495/514)]
Dieses Datenfeld geht bei der Angabe eines durchgeführten Hörtest in den Zähler des QI 50063 „Durchführung eines Hörtests“ ein.

An 9 von 27 geprüften Standorten (33,3 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 19 von 514 Fällen (3,7 %), wovon die Angaben in 3 Fällen nicht ersichtlich waren. Diese Fälle wurden für die QS mit einem durchgeführten Hörtest angegeben und auf diese Weise ggf. zugunsten der Standorte dokumentiert. In 6 Fällen wurde die Durchführung eines Hörtest angegeben und in der Patientenakte festgestellt, dass dieser nicht als durchgeführt dokumentiert wurde. Somit wurde an diesen Standorten ggf. zu ihren Gunsten dokumentiert. Der umgekehrte Fall erfolgte in 4 Fällen. Die weiteren 6 Abweichungen erfolgten bezüglich der Optionen „aktueller Aufenthalt“ und „vorheriger Aufenthalt“.

(DF 86) Entlassungsgrund [Übereinstimmungsrate: 98,44 % (506/514)]
Dieses Datenfeld ist für alle Indikatoren und Kennzahlen in der Neonatologie relevant. Da nicht alle Schlüssel gleichermaßen QI-relevant sind, wurden diese bei der Datenvalidierung zusammengefasst. Beispielsweise sind die Schlüssel 01 und 02 für den QI 50063 „Durchführung eines Hörtests“ relevant. Somit erfolgte eine Unterscheidung in:

- 01 = Behandlung regulär beendet
- 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 07 = Tod
- 99 = lebend (alle Schlüssel außer 1 und 2 und 7)

An 5 von 27 geprüften Standorten (18,5 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 8 von 514 Fällen (1,6 %), für welche in der Patientenakte „Behandlung regulär beendet“ festgestellt wurde, für die QS jedoch fälschlicherweise in 6 Fällen Schlüssel 02 und in 2 Fällen Schlüssel 99 dokumentiert wurde. Für die 2 Fälle, bei denen „lebend – Schlüssel 99“ dokumentiert wurde, erfolgte daher kein Einbezug in den Indikator zur Durchführung eines Hörtests.

Bei Dokumentation eines Todesfalles muss das nachfolgende DF 91 zur Todesursache angegeben werden.

- (DF 91) Todesursache [Übereinstimmungsrate: 100,00 % (15/15)]
  Für 15 Fälle musste eine Todesursache dokumentiert werden, da diese im Filterfeld als verstorbene Fälle angegeben wurden. Alle Fälle wurden korrekt dokumentiert.

(DF 92) weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) [Übereinstimmungsrate: 99,81 % (513/514)]
An einem von 27 geprüften Standorten (3,7 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in einem Fall in Bezug auf die Überprüfung des ICD-Kodes P95. Bei einer Todesursache und Entlassungsdiagnose mit ICD-Kode P95 (Fetaltod) werden die verstorbenen Kinder aus den Indikatoren und Kennzahlen ausgeschlossen. Die P95 ist von allen *weiteren Todesursachen* einmal aufgetreten und wurde fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert.

4.1.3 Maßnahmen und Rückmeldung der auf Landesebene beauftragten Stellen

Den Krankenhausstandorten mit Abweichungen im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018) wurden von den auf Landesebene beauftragten Stellen gezielt Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation unter Hinzuziehung der zu beachtenden Ausfüllhinweise gegeben.

In Bezug auf die Datenfelder wurde festgestellt, dass eher häufige Fehldokumentationen in den Datenfeldern zum *Gestationsalter (zusätzliche Tage)*, der *Uhrzeit der Geburt*, der *Aufnahme ins Krankenhaus von*, dem *Kopfumfang bei Entlassung,* dem *Beginn und der Beendigung einer Sauerstoffzufuhr*, aber auch bei Komplikationen wie einer *IVH/PVH und zugehörigem Status bei Aufnahme*, einer *ROP* oder einer *Sepsis/SIRS und zugehörigem Beginn* auftraten.

Bezüglich des Datenfelds *Aufnahme ins Krankenhaus von (…)* wurde ein Standort beispielsweise darauf hingewiesen, dass das entsprechende Feld nur auszufüllen ist, wenn das Kind aus einer externen Klinik zuverlegt oder erst später aus der eigenen Geburtsklinik zuverlegt wird. Ein anderer Standort wurde beispielsweise von einer Landesstelle aufgefordert, eine zuverlegende Klinik darauf aufmerksam zu machen, dass die Angabe *Uhrzeit der Geburt* in den Verlegungspapieren dokumentiert werden solle.

Hinsichtlich der Datenfelder *Kopfumfang bei Aufnahme* und *Kopfumfang bei Entlassung* wurde von einer Landesstelle berichtet, dass es im Zusammenhang mit einer Zuverlegung bzw. Wiederaufnahme der Kinder zu Abweichungen kam. Als Maßnahme würden nun in jedem Aufenthalt der Kopfumfang gemessen und fehlende Verlegungsberichte angefordert.

Bezüglich der Abweichungen im Datenfeld *Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten): -Beginn und -endgültige Beendigung* wurde einem Standort empfohlen, jegliche Sauerstoffzufuhr von mehr als 30 Minuten über 21 % Sauerstoffanteil zu dokumentieren.

Das angegebene Filterfeld *Schädelsonogramm durchgeführt* und die damit verbundenen Abweichungen der abhängigen Felder *Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie; Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)* wurden beispielsweise in der Patientenakte

durch eine auf Landesebene beauftragte Stelle nicht aufgefunden. Im Rahmen des Auswertungsgesprächs wurde vermutet, dass dieser Dokumentationsfehler auf eine Wiederaufnahme bzw. Rückverlegung zurückzuführen sei.

Die von einer auf Landesebene beauftragten Stelle festgestellten Abweichungen hinsichtlich des Datenfeldes *Körpertemperatur bei Aufnahme* konnten nach Rücksprache mit einem Standort beispielsweise auf fehlende Messobjektivität zurückgeführt werden. Als kurzfristige Maßnahme wurde die manuelle Niederschrift des Temperaturwertes in der Patientenkurve vereinbart. Des Weiteren wird seitens des Standortes geprüft, ob eine automatische Erfassung über den Barcode am Patientenarmband möglich sei.

Hinsichtlich der Abweichungen im Datenfeld *weitere (Entlassungs-)Diagnose(n*) wurde seitens einer auf Landesebene beauftragten Stelle angemerkt, dass keine Beschränkung in der Anzahl der Diagnosen vorlag und somit für die Prüfenden vor Ort nicht ersichtlich war, wie viele Diagnosen in das Erfassungs-Tool einzutragen waren. Als Referenzdokument wird seitens der Landesstelle der Entlassungsbrief empfohlen. Des Weiteren könnten Entlassdiagnosen noch nach dem Export der QS-Daten geändert werden, was dazu führen könne, dass übermittelte Entlassdiagnosen nicht mehr dem aktuellen Stand der Patientenakten entsprechen. Dieser Sachverhalt wurde dem IQTIG mit der Bitte um Berücksichtigung mitgeteilt, welchem in der hier vorliegenden Auswertung nachgekommen wurde und welcher auch in einem potenziell gezielten Datenabgleich berücksichtigt wird.

Einige Krankenhäuser gaben bereits an, Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität ergriffen zu haben. Die Datenvalidierung und der damit verbundene Kontakt vor Ort wurden dabei als wichtiges Instrument zur Verbesserung der Datenqualität hervorgehoben.

4.2 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU)

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und Fälle für den Datenabgleich zu den Daten des Erfassungsjahres 2018 erfolgte durch das IQTIG. Da es sich um ein direktes Verfahren handelt, wurden gemäß § 9 Abs. 3 QSKH-RL mindestens 5 % der Krankenhausstandorte bundesweit in dem QS-Verfahren sowie mindestens 4 Krankenhausstandorte und insgesamt mindestens 40 Fälle in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich einbezogen. Ausgeschlossen wurden nach Vorgabe der QSKH-RL Krankenhausstandorte mit weniger als 4 Fällen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte, die zu diesem QS-Verfahren QS-Daten für das Auswertungsmodul *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* (HTXM-MKU) für das Erfassungsjahr 2018 übermittelt hatten, wurden ebenfalls durch ein Zufallsverfahren maximal 20 Fälle pro Standort bestimmt. Für diese wurden anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder und ein Abgleich mit den übermittelten QS-Daten durchgeführt.

Es wurden insgesamt 26 Datenfelder des Erfassungsbogens Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU) zur Überprüfung im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ausgewählt und vom G-BA beschlossen.

4.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden bundesweit 4 Krankenhausstandorte gezogen, für die 67 Fallakten überprüft wurden. Für einen Standort musste gemäß § 9 Abs. 5 Satz 4 der MDK mit dem Datenabgleich beauftragt werden. Die übrigen 3 Standorte wurden durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG datenvalidiert.

Die Daten der externen Qualitätssicherung wurden mit den Daten aus der Patientenakte abgeglichen und vor Ort ausgewertet. Es musste auf keine Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden.

4.2.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern

Die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder hinweg lag bei 92,05 %[9]. Es zeigte sich bei keinem geprüften Standort eine komplett fehlerfreie Dokumentation aller Fälle. Die niedrigste Übereinstimmung lag bei einem Standort mit 90,79 % für dieses geprüfte Auswertungsmodul. Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern über alle Standorte. Die Kreuztabellen sind dem Anhang zu entnehmen.

Im Folgenden werden alle Datenfelder mit Dokumentationsfehlern hinsichtlich des Ausmaßes der Abweichungen sowie deren Einfluss auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Risikoadjustierung beschrieben. Datenfelder mit einer 100%igen Übereinstimmung werden nicht gesondert beschrieben, sondern können den entsprechenden Tabellen entnommen werden. Gegebenenfalls wird, anders als in der Tabelle dargestellt, bei der Beschreibung der Datenfelder von der Reihenfolge des Dokumentationsbogens aufgrund inhaltlicher Zusammenhänge abgewichen.

Tabelle 13:Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 9) Körpergröße	95,52 %	(64/67)
(DF 10) Körpergewicht bei Aufnahme	89,55 %	(60/67)
(DF 11) Grunderkrankung	68,66 %	(46/67)
(DF 12) Diabetes mellitus	92,54 %	(62/67)
(DF 17) Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt?	80,60 %	(54/67)
➢ (DF 18.1) Herztransplantation	100,00 %	(23/23)
➢ (DF 18.2) Assist Device/TAH	86,96 %	(20/23)

[9] Die Berechung der bundesweiten Übereinstimmungsrate wird in Abschnitt 2.2.4 erklärt.

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2018)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
➢ (DF 18.3) Koronarchirurgie	86,96 %	(20/23)
➢ (DF 18.4) Klappenchirurgie	73,91 %	(17/23)
➢ (DF 18.5) Korrektur angeborener Vitien	95,65 %	(22/23)
➢ (DF 18.6) sonstige	86,96 %	(20/23)
➢ (DF 19.1) Anzahl aller Voroperationen am Herzen	34,8 %	(8/23)
➢ (DF 19.2) Anzahl aller Voroperationen unbekannt	-	(0/0)
(DF 25) durchgeführter Eingriff	97,26 %	(71/73*)
(DF 26) Zielstellung	89,04 %	(65/73*)
➢ (DF 29) INTERMACS Profile-Level 1 - 7	95,52 %	(64/67)
➢ (DF 30) klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)	89,55 %	(60/67)
➢ (DF 31) linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%	95,52 %	(64/67)
➢ (DF 32) 6 Minuten Gehtest: Distanz >= 500 Meter	95,52 %	(64/67)
➢ (DF 34) stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten	83,58 %	(56/67)
(DF 35) OP-Datum	100,00 %	(73/73*)
(DF 39) Art des Unterstützungssystems	93,15 %	(68/73*)
(DF 41) Sepsis	97,26 %	(71/73*)
(DF 42) neurologische Dysfunktion	95,89 %	(70/73*)
(DF 43) Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	100,00 %	(73/73*)
(DF 99) Entlassungsgrund	100,00 %	(67/67)

➢ 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.

* In 6 Fällen lagen jeweils 2 Teildatensätze vor, weshalb für dieses DF die Teildatensätze gezählt werden und sich der Nenner von der Anzahl der Fälle korrekterweise unterscheidet.

Hinweis zu einem weiteren durch den G-BA beschlossenen Datenfeld: Die Ergebnisse zum Datenfeld *maximale Sauerstoffaufnahme > 20 ml O2/min/kg Körpergewicht* wurden aufgrund des widersprüchlichen Ausfüllhinweises nachträglich nicht in die Bewertungen aufgenommen und sowohl im Fallabgleich als auch im Prüfbericht der Standorte entfernt, weshalb in Tabelle 13 auf die Darstellung verzichtet wurde. Auch für die Auswertungen zum Häufigkeits- und Relevanzkriterium (Abschnitt 4.3) wurde dieses Datenfeld nicht berücksichtigt.

(DF 9) Körpergröße [Übereinstimmungsrate: 95,5 % (64/67)]

An 3 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 3 von 67 einbezogenen Fällen (4,5 %). Dieses Datenfeld war zu Beginn des Verfahrens für die Risikoabschätzung oder den Einbezug in einen Indikator geplant. In allen 3 Fällen war die Körpergröße in der Akte niedriger angegeben als für die QS dokumentiert. Die Schwankungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation betrugen zwischen - 7 cm und - 1 cm.

(DF 10) Körpergewicht bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 89,5 % (60/67)]

An 3 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 7 von 67 einbezogenen Fällen (10,5 %). Dieses Datenfeld war zu Beginn des Verfahrens für die Risikoabschätzung oder den Einbezug in einen Indikator geplant. Die Schwankungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation betrugen zwischen - 18 kg bis + 20 kg.

(DF 11) Grunderkrankung [Übereinstimmungsrate: 68,7 % (46/67)]

An allen 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 21 von 67 einbezogenen Fällen (31,3 %). Dieses Datenfeld hat die niedrigste Übereinstimmungsrate von allen geprüften Datenfeldern dieses Auswertungsmodul mit Angaben zu 67 Fällen. Dieses Datenfeld war 2017 für die Indikatorberechnung 52381 „Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ relevant; anhand dieses Jahres erfolgte auch die Auswahl und Festlegung der Datenfelder für die Überprüfung im Stichprobenverfahren. Patientinnen und Patienten mit der Grunderkrankung 1050 = restriktive Kardiomyopathie idiopathisch und 1059 = restriktive Kardiomyopathie nicht idiopathisch wurden aus dem Nenner ausgeschlossen. Beide Diagnosen lagen in der Stichprobe korrekterweise nicht vor. Die am häufigsten verkommene Diagnose gemäß Patientenakte war die 1000 = dilatative Kardiomyopathie idiopathisch in 27 Fällen (40,3 %). Diese wurde in 6 Fällen für die QS fehldokumentiert. Am zweithäufigsten lag die Diagnose 1200 = koronare Herzkrankheit (24 Fälle, 35,8 %) vor, welche in 7 Fällen fehldokumentiert wurde. Die meisten Fehldokumentationen für diese beiden ICD-Kodes gehen darauf zurück, dass für die QS 1009 = dilatative Kardiomyopathie nicht idiopathisch angegeben wurde. Für die 1009 = dilatative Kardiomyopathie nicht idiopathisch, die bei 13 Fällen in der Patientenakte dokumentiert war, lag in 8 Fällen eine Fehldokumentation (1000 = dilatative Kardiomyopathie idiopathisch) vor. Damit beträgt der Anteil der Unterdokumentation für alle fehldokumentierten Diagnosen 61,5 % (8/13) für die 1009 (dilatative Kardiomyopathie nicht idiopathisch).

(DF 12) Diabetes mellitus [Übereinstimmungsrate: 92,5 % (62/67)]

An 3 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 5 von 67 einbezogenen Fällen (7,5 %), wovon sich eine Abweichung daraus ergab, dass die Angabe in der Patientenakte „nicht ersichtlich" war. Dieses Datenfeld war zu Beginn des Verfahrens für die Risikoabschätzung oder den Einbezug in einen Indikator geplant. In 2 Fällen wurde ein medikamentös eingestellter Diabetes in der Patientenakte dokumentiert, welcher für die QS als ausschließlich diätetisch eingestellt dokumentiert wurde. In den anderen 2 Fällen wurde ein ausschließlich diätetisch eingestellter Diabetes dokumentiert, welcher in der QS-Dokumentation als „kein Diabetes vorhanden" angegeben wurde.

(DF 17) Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt? [Übereinstimmungsrate: 80,6 % (54/67)]

An 3 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 13 von 67 einbezogenen Fällen (19,4 %). Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Filterfeld mit davon abhängigen Feldern zur genauen Bestimmung der thorakalen Operation. Nur wenn das Vorliegen einer Operation vor Aufnahme mit „ja" bestätigt wird, können differenziertere Eintragungen zu den thorakalen Operationen vorgenommen werden. Dieses Datenfeld sowie die davon abhängigen Datenfelder (18.1–18.6) sind zukünftig ggf. für die Risikoabschätzung oder den Einbezug in einen Indikator relevant. Bei 13 Fällen lagen thorakale Operationen laut Patientenakte vor, wovon 3 fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert wurden. Der Anteil der Unterdokumentation beträgt 23,1 % (3/13). Bei 54 Fällen lagen keine thorakalen Operationen gemäß Patientenakte vor, wovon 10 Fälle fälschlicherweise für die QS als thorakale Operation dokumentiert wurden. Der Anteil an Überdokumentation an allen Fällen gemäß QS, für die das Ereignis dokumentiert, wurde liegt damit bei 50 % (10/20).

Wenn vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt wurde (DF 17), dann DF 18.1 bis DF 18.6:

Grundsätzlich würde die Bedingung zur Ausfüllung der abhängigen Felder für 13 Fälle zutreffen. Allerdings wurde für 10 Fälle ebenfalls für die QS fälschlicherweise die Bedingung angegeben, weshalb sich die Auswertungen der abhängigen Datenfelder auf 23 Fälle beziehen (Nenner).

- (DF 18.1) Herztransplantation [Übereinstimmungsrate: 100,0 % (23/23)]
  Es hat keine Herztransplantation vor der stationären Aufnahme stattgefunden. Von 23 Fällen, für die eine Angabe in diesem Datenfeld erfolgen musste, waren alle Ereignisse korrekt dokumentiert.
- (DF 18.2) Assist Device/TAH [Übereinstimmungsrate: 69,0 % (20/23)]
  An 3 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 3 Fällen (13,0 %). Bei den 3 Fällen, für die fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation vorgenommen wurde, kam in allen 3 Fällen jedoch kein Assist Device/TAH gemäß Patientenakte zum Einsatz. Von insgesamt 4 Fällen, für die ein Assist Device/TAH für die QS dokumentiert wurde, kam dieses nur in einem Fall auch gemäß Patientenakte vor (Überdokumentation von 75 %).

- (DF 18.3) Koronarchirurgie [Übereinstimmungsrate: 69,0 % (20/23)]
  An 2 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 3 Fällen (13,0 %). Bei den 3 Fällen, für die fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation vorgenommen wurde, kam in allen 3 Fällen jedoch keine Koronarchirurgie gemäß Patientenakte zum Einsatz. Von insgesamt 7 Fällen, für die eine Koronarchirurgie für die QS dokumentiert wurde, war dies nur in 4 Fällen zutreffend (Überdokumentation von 42,9 %).
- (DF 18.4) Klappenchirurgie [Übereinstimmungsrate: 73,9 % (17/23)]
  An 3 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 6 Fällen (26,1 %). Bei den 6 Fällen wurde für 4 fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation zur Klappenchirurgie vorgenommen und für 2 fälschlicherweise keine Angabe für die QS dokumentiert. Die Überdokumentation des Ereignisses beträgt damit 44,4 % (4/9) und die Unterdokumentation 28,6 % (2/7).
- (DF 18.5) Korrektur angeborener Vitien [Übereinstimmungsrate: 95,7 % (22/23)]
  An einem Standort gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in einem Fall (4,4 %). Ein Fall wurde fälschlicherweise für die QS unterdokumentiert. Insgesamt gab es 2 Fälle, bei denen gemäß Patientenakte eine Korrektur angeborener Vitien durchgeführt wurde.
- (DF 18.6) sonstige [Übereinstimmungsrate: 69,0 % (20/23)]
  An 2 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in 3 Fällen (13,0 %). Bei den 3 Fällen, für die fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation vorgenommen wurde, lag in allen 3 Fällen jedoch keine sonstige thorakale Operation vor stationärer Aufnahme gemäß Patientenakte vor.

Wenn vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt wurde (DF 17), dann DF 19.1 oder DF 19.2

Grundsätzlich würde die Bedingung zur Ausfüllung der abhängigen Felder für 13 Fälle zutreffen. Allerdings wurde für 10 Fälle ebenfalls für die QS fälschlicherweise die Bedingung angegeben, weshalb sich die Auswertungen der abhängigen Datenfelder auf 23 Fälle beziehen (Nenner).

- (DF 19.1) Anzahl aller Voroperationen am Herzen [Übereinstimmungsrate: 34,8 % (8/23)]
  An 3 von 4 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 15 von 23 einbezogenen Fällen (65,2 %). 10 der Fälle sind Folgefehler in der Art, dass thorakale Operationen in der QS-Dokumentation genannt wurden, diese aber nicht in der Akte vermerkt waren, weshalb zu diesem abhängigen Datenfeld auch keine Angaben bei der Datenvalidierung vorgenommen werden mussten.
  Für 3 der Fälle erfolgte die Abweichung dadurch, dass das Filterfeld genau andersherum fehldokumentiert wurde, indem angegeben wurde, es seien keine thorakalen Operationen durchgeführt worden. Dementsprechend erfolgte keine Angabe zum abhängigen Feld in der QS-Dokumentation, jedoch wurde für alle 3 Fällen jeweils eine Voroperation in der Akte dokumentiert. In den beiden anderen Fällen lag eine Fehldokumentation zwischen der genauen Anzahl der Operationen in der Akte und der QS-Dokumentation vor. In beiden Fällen

wurde die Anzahl = 0 angegeben und in der Patientenakte jeweils die Anzahl von = 1 dokumentiert.

- (DF 19.2) Anzahl aller Voroperationen unbekannt [traf nicht zu]

(DF 25) durchgeführter Eingriff [Übereinstimmungsrate: 97,3 % (71/73)]

An 2 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 2 von 73 einbezogenen Datensätzen (2,7 %). In 6 Fällen lagen jeweils 2 Teildatensätze vor, weshalb für dieses Datenfeld die Teildatensätze gezählt werden und sich der Nenner von der Anzahl der Fälle korrekterweise unterscheidet. Bei den 2 Fehldokumentationen wurde in der Patientenakte der durchgeführte Eingriff als „Neuimplantation“ vermerkt, in einem Fall jedoch als „Systemwechsel“ und im anderen Fall als „sonstiges“ für die QS dokumentiert. Dieses Datenfeld war 2017 für die Indikatorberechnung 52381 „Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ relevant; anhand dieses Jahres erfolgte auch die Auswahl und Festlegung der Datenfelder für die Überprüfung im Stichprobenverfahren. Das Datenfeld wird auch zur Diskrimination der Datengrundlage für die Indikatorberechnungen verwendet. Patientinnen und Patienten mit einer Neuimplantation sind in den Nenner dieses Indikators einbezogen worden.

Von allen durchgeführten Eingriffen war die Neuimplantation mit 67 von 73 Eingriffen die am häufigsten durchgeführte Eingriffsart. Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Filterfeld mit den davon abhängigen Feldern 29–34, wenn der durchgeführte Eingriff eine Neuimplantation ist.

(DF 26) Zielstellung [Übereinstimmungsrate: 89,0 % (65/73)]

An 3 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 8 von 73 einbezogenen Datensätzen (11,0 %). In 6 Fällen lagen jeweils 2 Teildatensätze vor, weshalb für dieses Datenfeld die Teildatensätze gezählt werden und sich der Nenner von der Anzahl der Fälle korrekterweise unterscheidet. Dieses Datenfeld ist bei der Zielstellung BTR und BTB für die Risikoadjustierung des QI 251800 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ relevant. 3 von 8 Fehldokumentationen ergaben sich daraus, dass die Angaben in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ waren, aber in 2 Fällen eine „BTR“ und in einem Fall eine „DT“ für die QS dokumentiert wurden. In den 2 Fällen, für die eine BTR für die QS dokumentiert wurde, wurde damit die Risikoadjustierung zugunsten der Standorte beeinflusst. Die weiteren Abweichungen ergaben sich daraus, dass in der Patientenakte in 4 Fällen eine „BTB“ dokumentiert wurde, die Zielstellung für die QS jedoch in 3 Fällen als „DT“ und einem Fall als „BTT“ angegeben wurde. Auch in diesen 4 Fällen wurde damit die Risikoadjustierung der Standorte beeinflusst. In einem Fall lag gemäß Patientenakte eine „BTT“ vor und wurde als „DT“ für die QS dokumentiert, wodurch dieser Fall nicht in die Risikoadjustierung einbezogen wurde. Die Unterdokumentation für eine BTB beträgt 44,4 % (4/9).

Wenn der durchgeführte Eingriff eine Neuimplantation ist (DF 25), dann DF 29 bis 34

Grundsätzlich würde die Bedingung zur Ausfüllung der abhängigen Felder für 67 Teildatensätze zutreffen. Allerdings wurde für 2 Teildatensätze für die QS fälschlicherweise keine Neuimplantation dokumentiert (DF 25), sodass die Bedingung zum Ausfüllen der nachfolgenden Datenfelder nicht gegeben war. Hieraus ergeben sich für diese 2 Teildatensätze in den DF 29–34 jeweils Abweichungen. Alle nachfolgenden abhängigen Datenfelder waren 2017 für die Indikatorberechnung 52381 „Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ relevant; anhand dieses Jahres erfolgte auch die Auswahl und Festlegung der Datenfelder für die Überprüfung im Stichprobenverfahren:

- (DF 29) INTERMACS Profile-Level 1-7 [Übereinstimmungsrate: 95,5 % (64/67)]
  An 2 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 3 von 67 einbezogenen Datensätzen. Die 3 o. g. Abweichungen für die es keine Angabe in der QS-Dokumentation gab, wurde in der Patientenakte einmal das Intermacs-Profile-Level = 1 (kritischer kardiogener Schock) dokumentiert und im anderen Fall war das Level in der Patientenakte „nicht ersichtlich“. Die dritte Abweichung geht darauf zurück, dass das Intermacs-Profile-Level in der Patientenakte mit = 3 (stabil, aber abhängig von Inotropika) dokumentiert wurde und für die QS mit = 2 (zunehmende Verschlechterung trotz inotroper Medikation). Dieses Datenfeld ist mit Level 2–7 sowohl für die Risikoadjustierung des QI 251800 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ als auch den Zähler des QI 251801 „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ relevant.
- (DF 30) klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) [Übereinstimmungsrate: 89,6 % (60/67)]
  An 2 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 7 von 67 einbezogenen Datensätzen (10,5 %). Für 3 Abweichungen lag gemäß Patientenakte eine höhere NYHA-Klassifikation vor (= IV: Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe), welche für die QS jedoch in einem Fall mit = III angegeben wurde, und die anderen beiden Abweichungen betreffen die 2 o. g. Fälle, für die es keine Angabe in der QS-Dokumentation gab. Hierdurch wurde zumindest ein Patient gesünder angegeben, als er wirklich war.
  Für die 4 weiteren Abweichungen wurde die NYHA-Klassifikation in der QS-Dokumentation mit = IV angegeben, in der Patientenakte wurde jedoch 3-mal die NYHA-Klassifikation III und einmal die NYHA-Klassifikation II dokumentiert. In diesen Fällen waren die Patienten gesünder als für die QS dokumentiert.
- (DF 31) linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35% [Übereinstimmungsrate: 95,5 % (64/67)]
  An 3 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 3 von 67 einbezogenen Datensätzen (4,5 %). Für die 2 o. g. Abweichungen, bei denen es keine Angabe in der QS-Dokumentation gab, wurde in der Patientenakte jeweils einmal angegeben, dass die EF nicht > 35 % (= nein) und im anderen Fall „nicht bestimmbar“ war. Die weitere Abweichung bestand darin, dass

die EF als > 35 % für die QS angegeben wurde, in der Akte aber mit „weniger linksventrikulärer Ejektionsfraktion“ dokumentiert wurde.

- (DF 32) 6 Minuten Gehtest: Distanz >= 500 Meter [Übereinstimmungsrate: 95,5 % (64/67)]
  An 2 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 3 von 67 einbezogenen Datensätzen (4,5 %). Für die 2 o. g. Abweichungen, bei denen es keine Angabe in der QS-Dokumentation gab, wurde in der Patientenakte jeweils einmal angegeben, dass der 6-Minuten-Gehtest nicht erfolgen konnte (= nein) und im anderen Fall „nicht bestimmbar“ war. Die weitere Abweichung bestand darin, dass der Gehtest gemäß Patientenakte ebenfalls „nicht bestimmbar“ war, obgleich für die QS eine Bestimmbarkeit angenommen wurde und ≥ 500 Meter Distanz mit „nein“ dokumentiert wurde.
- (DF 34) stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten [Übereinstimmungsrate: 83,6 % (56/67)]
  An 3 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 67 einbezogenen Datensätzen (16,4 %). Wenn die Patientin / der Patient in den letzten 12 Monaten mindestens einmal trotz Herzinsuffizienzmedikation (ACE-Hemmer, Betablocker, Diuretika, Nitrate) aufgrund einer Linksherzdekompensation stationär aufgenommen wurde, ist „ja“ anzugeben. Wird die Patientin / der Patient erstmalig wegen kardialer Dekompensation aufgenommen und erhält im selben Aufenthalt ein Herzunterstützungssystem, ist „nein“ anzugeben. Für die 2 o. g. Abweichungen, bei denen es keine Angabe in der QS-Dokumentation gab, wurde in der Patientenakte einmal „ja“ und einmal „nein“ dokumentiert. Die weiteren 9 Abweichungen bestanden darin, dass für die QS fälschlicherweise „ja“ angegeben wurde, obgleich gemäß Patientenakte „nein“ hätte dokumentiert werden müssen. Der Anteil der Überdokumentation an allen Fällen, für die gemäß QS = „ja“ angegeben wurde, lag bei 13,9 % (9/65).

(DF 39) Art des Unterstützungssystems [Übereinstimmungsrate: 93,2 % (68/73)]

An 3 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 5 von 73 einbezogenen Datensätzen (6,9 %). In 6 Fällen lagen jeweils 2 Teildatensätze vor, weshalb für dieses Datenfeld die Teildatensätze gezählt werden und sich der Nenner von der Anzahl der Fälle korrekterweise unterscheidet. Eine der 5 Fehldokumentationen ergab sich daraus, dass die Angabe in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war, für die QS aber als „BiVAD“ dokumentiert wurde. 3 weitere Male wurde „BiVAD“ für die QS angegeben, obgleich gemäß Patientenakte ein LVAD verwendet wurde. Die letzte Fehldokumentation bestand darin, dass ein RVAD für die QS dokumentiert wurde, gemäß Patientenakte jedoch eine VA-ECMO verwendet wurde. Dieses Datenfeld ist die Risikoadjustierung der QI 251800 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems und 251801 „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ relevant und geht zudem in 9 weitere Qualitätsindikatoren zu neurologischen Komplikationen, Sepsis bei Implantation und Fehlfunktion des Systems bei Implantation ein. Durch die Fehldokumentationen wurden 5 Datensätze in die Indikatoren

einbezogen oder genau nicht einbezogen, so wie der Datensatz zur VA-ECMO, der zu 100 % unterdokumentiert wurde (1/1). LVAD wurde zu 4,7 % (3/64) unterdokumentiert und BiVAD zu 66,7 % (4/6) überdokumentiert.

(DF 41) Sepsis [Übereinstimmungsrate: 97,3 % (71/73)]
An einem von 4 geprüften Standorten gab es 2 Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. In 6 Fällen lagen jeweils 2 Teildatensätze vor, weshalb für dieses Datenfeld die Teildatensätze gezählt werden und sich der Nenner von der Anzahl der Fälle korrekterweise unterscheidet. Die beiden Fehldokumentationen gehen darauf zurück, dass fälschlicherweise keine Sepsis für die QS dokumentiert wurde, obwohl jeweils eine Sepsis gemäß Patientenakte vorlag. Der Anteil der Unterdokumentation für das Vorliegen einer Sepsis an allen Datensätzen, die diese gemäß Patientenakte aufwiesen, lag bei 22,2 % (2/9). Dieses Datenfeld ist für die Indikatoren 52388, 52389 und 52390 (Sepsis bei Implantation eines LVAD, BiVAD, TAH) relevant. In einem Fall lag eine Implantation eines TAH vor, in dem anderen Fall war das System in der Patientenakte nicht ersichtlich. Die Nicht-Angabe der Sepsis in der QS-Dokumentation für 2 Datensätze bedeutet, dass diese Fälle aus dem Zähler der 3 Indikatoren hinausfallen, zumindest in dem Fall, bei dem eine TAH implantiert wurde.

(DF 42) neurologische Dysfunktion [Übereinstimmungsrate: 95,9 % (70/73)]
An 2 von 4 geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 3 von 73 einbezogenen Datensätzen (4,1 %). In 6 Fällen lagen jeweils 2 Teildatensätze vor, weshalb für dieses Datenfeld die Teildatensätze gezählt werden und sich der Nenner von der Anzahl der Fälle korrekterweise unterscheidet. Die 3 Fehldokumentationen gehen darauf zurück, dass fälschlicherweise keine neurologische Dysfunktion für die QS dokumentiert wurde, obwohl jeweils eine neurologische Dysfunktion gemäß Patientenakte vorlag. Der Anteil der Unterdokumentation für das Vorliegen einer neurologischen Dysfunktion an allen Datensätzen, die diese gemäß Patientenakte aufwiesen, lag bei 27,3 % (3/11). Dieses Datenfeld ist für die Indikatoren 52385, 52386 und 52387 (Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD, BiVAD, TAH) relevant. In einem Fall lag ein BiVAD vor, im anderen Fall wurden 2 Teildatensätze angelegt und ein LVAD und ein RVAD implantiert. Die Nicht-Angabe der neurologischen Dysfunktion in der QS-Dokumentation für die 3 Datensätze bedeutet, dass die 2 Datensätze (mit BiVAD und LVAD) aus dem Zähler der 3 Indikatoren hinausgefallen sind.

4.2.3 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 Feedbackgespräch 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.

Den Standorten wurde empfohlen, die interne Qualitätsmanagementsbeauftragte / den internen Qualitätsmanagementbeauftragten immer mit in die Lenkung der Dokumentationsprozesse

einzubeziehen und z. B. zu Beginn des Jahres die durch das IQTIG jährlich aktualisierten Ausfüllhinweise mit den dokumentierenden Ärztinnen und Ärzten zu besprechen.

Bei der Auswertung der Datenfelder kann für manche überprüften Datenfelder nicht bestimmt werden, ob Standorte zu ihren Gunsten oder Ungunsten dokumentiert haben, da die Datenfelder erst zukünftig ggf. für eine Risikoabschätzung oder einen Indikator relevant sind. Genau um dieses zu prüfen, war hier jedoch eine Validierung erforderlich. Einige Datenfelder sind jedoch nach fachlicher Diskussion auch unter Einbezug der aktuellen Ergebnisse angepasst oder in Einzelfällen auch gestrichen worden. Für einige Datenfelder bestanden mehr Dokumentationsprobleme als für andere Datenfelder.

Insgesamt gab es bei 19 von 67 überprüften Fällen eine komplett fehlerfreie Dokumentation in allen Datenfeldern.

Datenfelder mit den häufigsten Abweichungen erfolgten bei den Angaben zur *Grunderkrankung*, zu *thorakalen Operationen vor stationärer Aufnahme* inklusive der Folgefehler in abhängigen Datenfeldern zur *stationären Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten*, aber auch der *Zielstellung* und *NYHA-Klassifikation.*

Für das DF 11 *Grunderkrankung* lag eine hohe Fehldokumentationsrate vor. Problematisch angemerkt wurde von den Standorten, dass in der klinischen Praxis dieses Verfahrens häufig keine Unterscheidung zwischen „idiopathischer“ und „nicht idiopathischer“ Kardiomyopathie notwendig sei und es aufgrund häufig fehlender pathologischer Untersuchungen bzw. deren Ergebnisse schwierig, teilweise sogar widersprüchlich sei, eine solche Unterscheidung vorzunehmen. Die Ergebnisse zu dem Datenfeld zeigen, dass der Anteil der Unterdokumentation für alle fehldokumentierten Diagnosen in Bezug auf die 1009 = dilatative Kardiomyopathie nicht idiopathisch mit 61,5 % (8/13) hoch war. Tatsächlich ist die Unterscheidung zwischen „idiopathischer“ und „nicht idiopathischer“ Kardiomyopathie für das Auswertungsmodul allerdings auch irrelevant. Daher wurde das Datenfeld entsprechend auf die relevanten Unterscheidungsmerkmale angepasst.

Ebenso seien auch für DF 17 *Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt* keine Ausfüllhinweise vorhanden, welche die für das Auswertungsmodul relevanten Voroperationen exemplarisch darstellen würden. Hier bestünde die Schwierigkeit darin, thorakale Operationen genau abzugrenzen, beispielsweise inwiefern partielle Pleurektomien oder TAVIs auch dazugehörten. Da die offen-chirurgischen durchgeführten Voroperationen mit entsprechenden Folgen für das erhöhte Risiko des Eingriffs zur Implantation eines Herzunterstützungssystems als relevant gelten, wurde der Ausfüllhinweis dahingehend präzisiert.

Bei dem DF 34 *stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten* bestünde die Schwierigkeit darin, dass die Medikation bei Aufnahme abgefragt wird (zu einem Aufenthalt in den letzten 12 Monaten) und die dokumentierenden Standorte, insbesondere im Akutfall der Überweisung, häufig von diesen mindestens initial keine Kenntnisse haben, sondern eher durch den im weiteren Verlauf akquirierten Arztbrief der zuvor entlassenden Einrichtung von der Medikation bei Entlassung informiert werden. Ebenso gäbe es Notfallpatientinnen und -patienten, für die dieses Datenfeld nicht ausgefüllt

werden könne, da für diese im Vorfeld nicht vor Ort betreuten Patientinnen und Patienten aufgrund fehlenden rechtzeitigen fachlichen Einbezugs seitens der ambulanten Versorgung oder anderen vorbehandelnden Einrichtungen keine Dokumentation diesbezüglich vorläge. Da es nur die Möglichkeit einer Antwort mit „ja“ oder „nein“ gab, wurde das Datenfeld entsprechend angepasst und logisch unterteilt.

Zum DF 26 *Zielstellung* wurde angemerkt, dass die Option „bridge-to-bridge“ kein in der Fachwelt üblicher Ausdruck und auch nicht eindeutig genug sei. Diese führe unweigerlich zu Fehlinterpretationen und damit auch zu Fehldokumentationen. Daher wurden die Begriffe zur Definition der Zielstellung entsprechend an die international etablierten Begriffe angepasst.

Aber auch zu weiteren Datenfeldern gab es Hinweise, wie z. B. zum DF 25 *Durchgeführter Eingriff*, bei dem die Frage aufkam, inwiefern ein Wechsel von VA-ECMO auf RVAD als Systemwechsel oder Neuimplantation gelten sollte. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit dem DF 39 *Art des Unterstützungssystems* zu sehen. Bei beiden spielt es eine Rolle, dass ECMOs bzw. modulierte ECMOs als Herzunterstützungssystem kodiert werden, was jedoch nach Kodierempfehlungen fehlerhaft oder zumindest nicht eindeutig ist. Eine Klärung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) hierzu wurde angeregt, ist bisher jedoch nicht erfolgt. Ein pauschaler Ausschluss der entsprechend verwandten Kodes im Auswertungsmodul ist aufgrund des unterschiedlichen Kodierverhaltens zur Vermeidung eines relevanten Datenverlustes nicht zu empfehlen. Daher wurden die Ausfüllhinweise erneut bezüglich der Relevanz „permanenter Systeme“ präzisiert.

Für DF 10 *Körpergewicht bei Aufnahme* wurde eine relativ große Spannweite im Datenabgleich festgestellt. Diese Fehldokumentationen können sich neben der bloßen Schätzung teilweise auch aus dem speziellen Patientenkollektiv ergeben, da sich bei Patientinnen und Patienten mit schwerwiegender akuter Herzinsuffizienz im Verlauf der Behandlung, insbesondere in der Behandlungsphase vor Implantation eines Herzunterstützungssystems, erhebliche Gewichtsschwankungen ergeben. Da jedoch dieses Datenfeld wie DF 9 *Körpergröße* nach Aussage der Bundesfachgruppe aktuell und in nächster Zukunft keine Relevanz zur Risikoabschätzung haben wird, wurden diese Datenfelder gestrichen. Gleiches betrifft das DF 30 *NYHA*, da hier eine ausreichende und statistische Relevanz durch das DF 29 *Intermacs* gegeben ist.

Die Dokumentation zu Datenfeldern mit weniger häufigen, aber ggf. relevanten Abweichungen erfolgte bei den Angaben zur *Sepsis* und zur *neurologischen Dysfunktion*. Die Fehldokumentationsrate war mit 2,7 % (2/73) und 4,1 % (3/73) eher niedrig. Beide Datenfelder werden zur Berechnung des Relevanzkriteriums herangezogen, also inwiefern Ereignisse, die für das Indikatorergebnis relevant sind, unterdokumentiert werden (siehe Abschnitt 4.3). Von allen geprüften Datensätzen ist die Sepsis insgesamt 9-mal aufgetreten und wurde 2-mal unterdokumentiert (22,2 %). Eine neurologische Dysfunktion ist insgesamt 11-mal aufgetreten und wurde 3-mal unterdokumentiert (27,3 %).

Da die Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren richtig dokumentiert sein sollten, kann bei Fehldokumentation ein falsches Ergebnis im Qualitätsindikator erscheinen – auch wenn Standorte eigentlich zu ihren Ungunsten dokumentiert haben. Deshalb wurden alle datenvalidierten Standorte angehalten, weiterhin an einer guten Dokumentation festzuhalten.

4.3 Ergebnisse des Häufigkeits- und Relevanzkriteriums

Häufigkeitskriterium

Grundlage für die Entscheidung, ob ein Krankenhausstandort besonders oder erheblich häufige Dokumentationsfehler aufweist, ist ein statistisches Verfahren, das die Stichprobenunsicherheit berücksichtigt (vgl. IQTIG 2020c). Der Grenzwert für die Fehldokumentationsrate in der Stichprobe, ab dem besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler vorliegen, liegt daher ggf. über 10 % bzw. 15 % und hängt unter anderem von der Gesamtzahl aller dokumentierten Datenfelder N ab. Für das Auswertungsmodul *Neonatologie* wird zusätzlich berücksichtigt, dass die Fallstichproben als geschichtete Stichproben gezogen wurden. Zusätzlich zur jeweiligen Fehldokumentationsrate ist daher in den Grafiken für Standorte mit mehr als 20 Fällen auch die untere Grenze des in der statistischen Methodik verwendeten 90%-Vertrauensintervalls angegeben. Falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf.

In Abbildung 7 und Abbildung 8 sind die Schätzungen der Fehldokumentationsraten der Krankenhausstandorte der Auswertungsmodule *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* (HTXM-MKU) und *Neonatologie* (NEO) abgebildet (mit 90%-Vertrauensintervall). Insgesamt sind 27 Standorte in NEO und 4 Standorte in HTXM-MKU im Erfassungsjahr 2018 datenvalidiert worden.

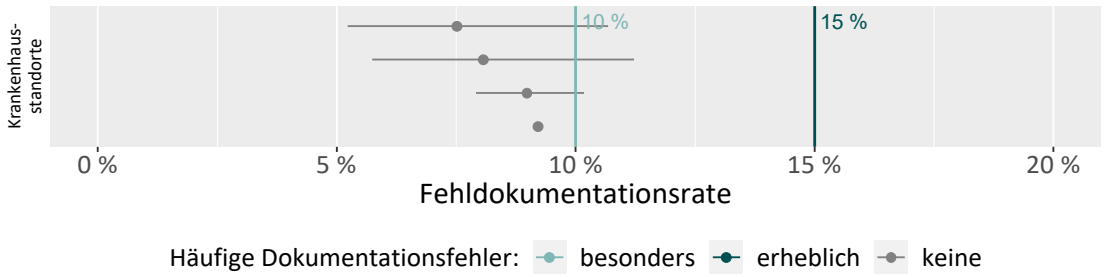

Abbildung 7: Fehldokumentationsrate der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU)

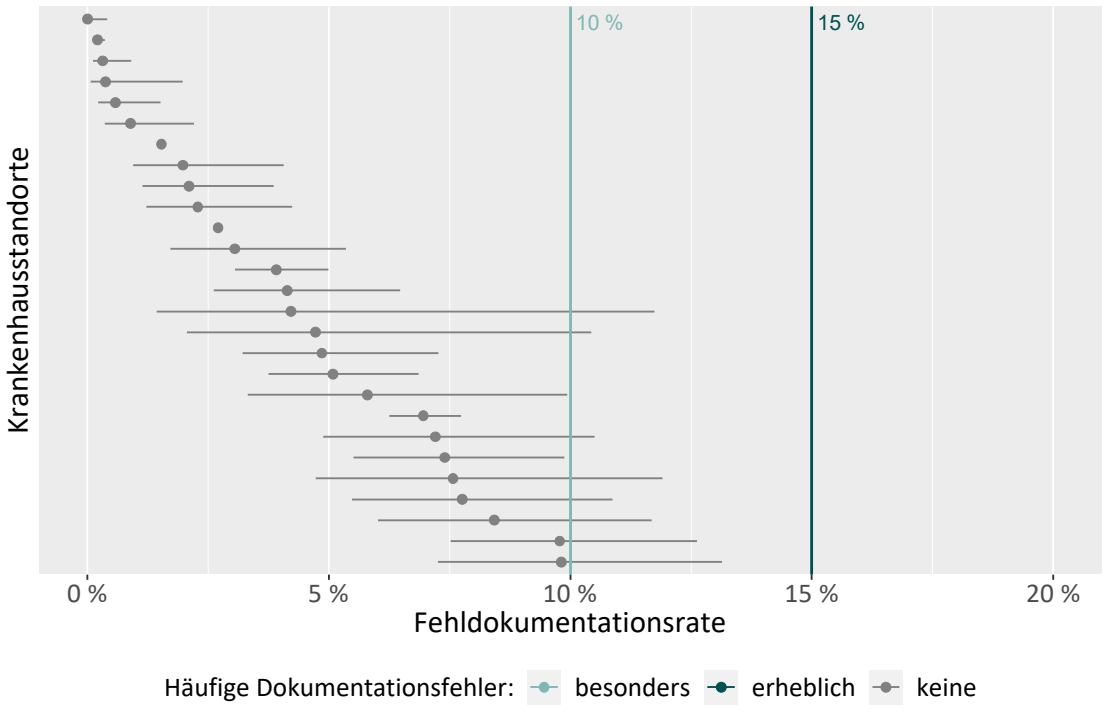

Abbildung 8: Fehldokumentationsraten der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Neonatologie (NEO)

Es ist zu erkennen, dass in beiden geprüften Auswertungsmodule kein Standort Fehldokumentationen von besonderer oder erheblicher Häufigkeit aufweist. Dies bedeutet, dass in Bezug auf das Häufigkeitskriterium kein Standort im gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2019 erneut überprüft werden muss. Ebenso muss kein Standort aufgrund des Häufigkeitskriteriums dem Lenkungsgremium auf Landes- oder Bundesebene benannt werden.

Relevanzkriterium

Das Relevanzkriterium überprüft die Unterdokumentation relevanter Ereignisse, die Einfluss auf das Ergebnis eines oder mehrerer Qualitätsindikatoren des Auswertungsmoduls haben. Das Kriterium berücksichtigt, ob Datenfelder von Fehldokumentationen betroffen sind, die besonders relevante Ereignisse erfassen (z. B. Todesfälle oder gravierende Komplikationen) oder die in besonderem Maße Einfluss auf das Ergebnis eines Indikators haben. Alle gewichteten Einzelereignisse werden dann gemeinsam betrachtet. Zur Gleichgewichtung der möglichen Einflüsse auf die Qualitätsindikatoren erfolgt eine zur Häufigkeit des Auftretens umgekehrt proportionale Gewichtung der Ereignisse. Demnach fallen Unterdokumentationen von seltener auftretenden Ereignissen in der Gesamtbewertung stärker ins Gewicht als Unterdokumentationen häufigerer Ereignisse. Bei Überschreiten einer festgelegten Schwelle (10 %) ist das Kriterium erfüllt und es wird ein gezielter Datenabgleich im Folgejahr ausgelöst (analog zum Häufigkeitskriterium wird hier ein statistisches Verfahren mit Vertrauensintervall herangezogen). Diese abschließende Berechnung (zusammenfassende Betrachtung der Einzelereignisse) zur Auslösung eines gezielten Datenabgleichs wird für HTXM-MKU in Abbildung 9 und für NEO in Abbildung 10 dargestellt.

In Tabelle 14 sind vorab die relevanten Ereignisse für HTXM-MKU und NEO dargestellt sowie die Anzahl des Eintretens jedes Einzelereignisses und dessen Unterdokumentation. Die Formel der Rechenregel und einbezogene Datenfelder zum jeweiligen Einzelereignis sind dem Anhang zu entnehmen.

Für HTXM-MKU ist zu erkennen, dass von den 4 definierten Ereignissen 3 Ereignisse auch für die in der Stichprobe untersuchten Fälle eingetreten sind. Von diesen wurden 2 Ereignisse zu einem gewissen Anteil unterdokumentiert. Dies betraf das Ereignis *neurologische Komplikationen* mit 27,3 % und *Sepsis* mit 22,2 %.

Für NEO ist zu erkennen, dass von den 6 definierten Ereignissen alle Ereignisse eingetreten sind. Von diesen wurden 5 Ereignisse zu einem gewissen Anteil unterdokumentiert. Dies betraf die Ereignisse *Aufnahmetemperatur unter 36,0* °C mit 14,4 %, *kein Hörtest durchgeführt* mit 29,9 %, *Komplikationen* mit 14,8 %, *Pneumothorax unter oder nach Beatmung* 18,2 % und *Sepsis oder Pneumonie bei Kindern ohne primär palliative Therapie und ohne letale Fehlbildungen* mit 14,3 %.

Tabelle 14: Einzelereignisse und die Anzahl dessen Auftretens und Unterdokumentation

Bezeichnung des Ereignis	Anzahl Ereignis eingetreten	Anzahl Ereignis unterdokumentiert	Anteil Ereignis unterdokumentiert
HTXM-MKU			
Fehlfunktion des Systems	0	0	-
Neurologische Komplikationen	11	3	27,27 %
Sepsis	9	2	22,22 %
Tod während des stationären Aufenthaltes	8	0	0,00 %
NEO			
Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	23	4	17,39 %
Kein Hörtest durchgeführt	43	9	29,93 %
Komplikationen: Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH, Nekrotisierende Enterokolitis (NEK), Bronchopulmonale Dysplasie (BPD), Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	27	4	14,81 %
Pneumothorax unter oder nach Beatmung	11	2	18,18 %
Sepsis oder Pneumonie bei Kindern ohne primär palliative Therapie und ohne letale Fehlbildungen	42	6	14,29 %
Tod während des stationären Aufenthaltes	15	0	0,00 %

Nachfolgend werden alle überprüften Standorte mit ihrem gewichteten Anteil der Unterdokumentation dargestellt. Bei Überschreiten des Grenzwertes von 10 % (maßgeblich ist die untere Grenze des dargestellten Vertrauensintervalls) erfüllt der Standort das Kriterium für eine erneute Überprüfung in einem gezielten Datenabgleich im Folgejahr. Abbildung 9 und Abbildung 10 zeigen jeweils drei Aspekte: Erstens, ganz rechts jeweils die Anzahl der aufgetretenen Einzelereignisse (Nenner) und davon die Anzahl an festgestellten Unterdokumentationen (Zähler) pro Standort. Zweitens, das gewichtete Ergebnis des Standortes (Punkt) mit zugehörigem Vertrauensintervall (Linie). Die Einzelereignisse werden bei der Berechnung des Gesamtergebnisses umgekehrt proportional zu ihrer Prävalenz gewichtet. Das Vertrauensintervall berücksichtig die statistische Unsicherheit, die sich aus der Betrachtung nur einer Stichprobe aller dokumentierter Fälle ergibt. Wenn für einen Standort kein Vertrauensintervall angegeben ist, waren alle Fälle des Standortes Teil der Stichprobe (d. h. der Standort hatte 20 Fälle oder weniger im jeweiligen QS-Verfahren). Drittens, die Färbung des Standortes (grün) gibt an, dass die untere Grenze des Konfidenzintervalls den Grenzwert von 10 % überschritten hat und das Relevanzkriterium erfüllt ist.

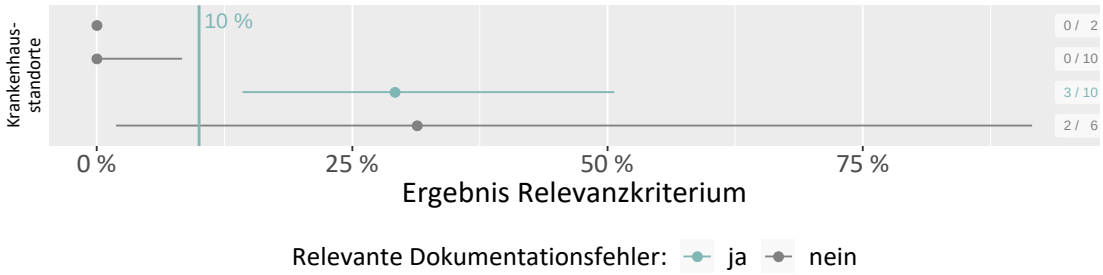

Abbildung 9: Gewichteter Anteil der Unterdokumentationen der untersuchten Ereignisse der Krankenhausstandorte mit 90 %-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU). Relevante Dokumentationsfehler liegen vor, falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % liegt. Die Zahlen rechts geben die Anzahl der unterdokumentierten Ereignisse an allen in der Stichprobe laut Patientenakten eingetretenen Ereignissen an.

Für HTXM-MKU ist zu erkennen, dass von den 4 überprüften Standorten ein Standort erneut im Folgejahr überprüft werden muss. Insgesamt sind an diesem Standort 10 Ereignisse eingetreten, von denen 3 Ereignisse unterdokumentiert wurden. Der Standort hat einmal neurologische Komplikationen und zweimal eine Sepsis unterdokumentiert. Insgesamt hat der Standort 95 Fälle behandelt, von welchen 20 in der Zufallsstichprobe überprüft wurden.

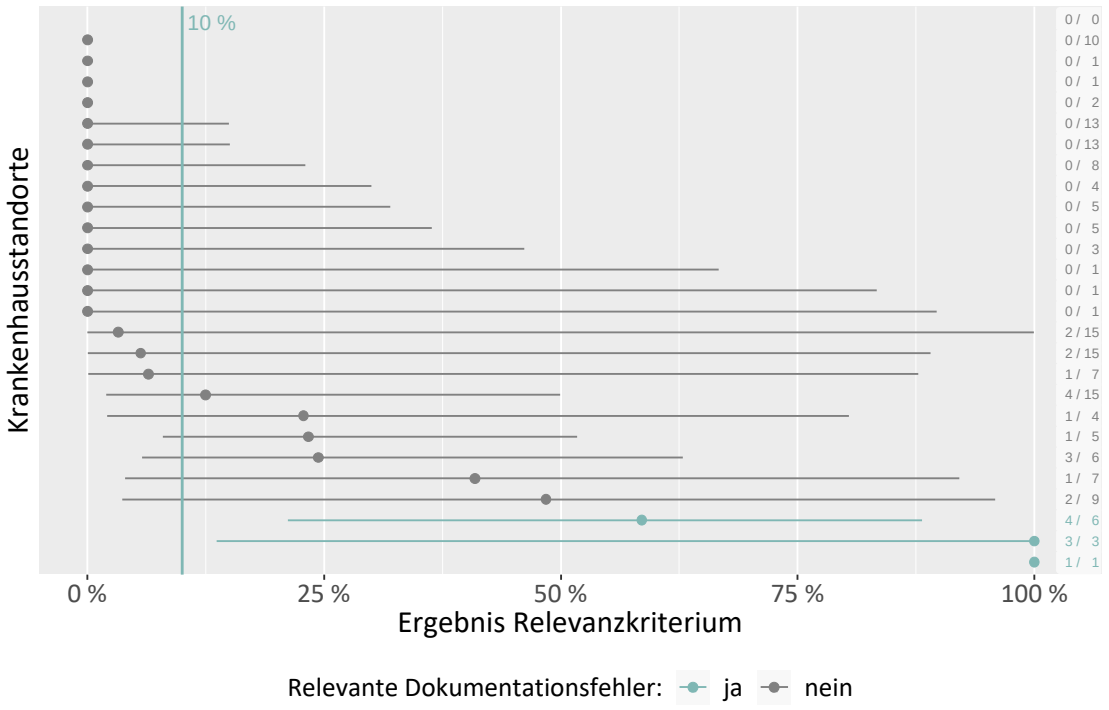

Abbildung 10: Gewichteter Anteil der Unterdokumentationen der untersuchten Ereignisse der Krankenhausstandorte mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Neonatologie (NEO). Relevante Dokumentationsfehler liegen vor, falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % liegt. Die Zahlen rechts geben die Anzahl der unterdokumentierten Ereignisse an allen in der Stichprobe laut Patientenakten eingetretenen Ereignissen an.

Für NEO ist zu erkennen, dass von den 27 überprüften Standorten 4 Standorte erneut im Folgejahr überprüft werden müssen. In Abbildung 10 ist gut zu erkennen, dass nicht die Einzelereignisse den Anteil an Unterdokumentationen des Standortes festlegen, sondern das gewichtete Gesamtergebnis. So sind die Einzelereignisse des untersten nicht grün gefärbten Standortes 2/9, das Gesamtergebnis des Standortes liegt aber nicht bei einem Anteil von 2/9 = 22,2 % Unterdokumentation, sondern bei annähernd 50 %. Dies liegt daran, dass die beiden unterdokumentierten Ereignisse mit einem verhältnismäßig hohen Gewicht in die Berechnung eingegangen sind, da sie eine niedrigere Prävalenz haben und ihre Unterdokumentation damit zu größeren relativen Abweichungen im QI-Ergebnis führen kann. Dennoch erfüllt der betreffende Standort das Relevanzkriterium nicht, da die untere Grenze des zugehörigen Vertrauensintervalls unterhalb von 10 % liegt, also auf Basis der Beobachtungen in der Stichprobe mit der verwendeten Methodik noch nicht geschlossen werden kann, dass auch im Gesamtdatensatz mehr als 10 Prozent der Ereignisse unterdokumentiert wurden. Ein anderer Krankenhausstandort hat ein Ergebnis von „1/1“ ohne Vertrauensintervall, d. h. er hatte 20 Fälle oder weniger im QS-Verfahren (hier 16 Fälle), bei denen insgesamt nur ein Ereignis eingetreten ist, aber dieses wurde unterdokumentiert (hier „Sepsis oder Pneumonie bei Kindern ohne primär palliative Therapie und ohne letale Fehlbildungen“). Trotz der kleinen Fallzahl ist die Auswirkung der Fehldokumentation auf die QI-Ergebnisse des Standortes womöglich gravierend: In dem zugehörigen QI konnte dieses Ereignis aufgrund der Unterdokumentation nicht eingehen und hätte zu einer wesentlichen Veränderung der gemessenen Rate führen können.

Nachfolgende Tabelle 15 zeigt die Unterdokumentierten Einzelereignisse der vier Standorte.

Tabelle 15: Unterdokumentierte Einzelereignisse der Standorte, die in einem gezielten Datenabgleich erneut überprüft werden müssen.

Standort	Behandelte Fälle (überprüfte Fälle)	Anzahl unterdokumentierte Ereignisse	Ereignis unterdokumentiert
1	796 (20)	4/6	3x Kein Hörtest durchgeführt 1x Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
2	234 (20)	3/3	1x Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C 1x Kein Hörtest durchgeführt 1x Sepsis oder Pneumonie bei Kindern ohne primär palliative Therapie und ohne letale Fehlbildungen
3	16 (16)	1/1	1x Sepsis oder Pneumonie bei Kindern ohne primär palliative Therapie und ohne letale Fehlbildungen

Die für das Relevanzkriterium definierten Ereignisse zeigen, dass diese durchaus auch eintreten können, ohne unterdokumentiert zu werden.

Wenn diese Ereignisse jedoch unterdokumentiert werden, haben sie einen Einfluss auf die Ergebnisse der Indikatoren. Durch die Unterdokumentation der Ereignisse können die entsprechenden Fälle nicht in den Indikatoren und Kennzahlen berücksichtigt werden, was somit zugunsten der Standorte und zum Nachteil der Qualitätssicherung ist.

Hierin zeigt sich die Bedeutung der Dokumentationsqualität, insbesondere die Bedeutung der Überprüfung von für das Indikatorergebnis relevanter Ereignisse durch das Datenvalidierungsverfahren. Zumal mit dem vorgeschlagenen Relevanzkriterium nicht einzelne Datenfelder betrachtet werden, sondern komplexe Zusammenhänge, die sich an den Qualitätsindikatoren orientieren (siehe Rechenregeln im Anhang).

Vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung bedeutet dies, dass sich Standorte ggf. besser in den Indikatoren und Kennzahlen darstellen, als sie tatsächlich sind. Für die Qualitätsförderung bedeutet dies, dass die entsprechenden Standorte bei Fehldokumentationen nicht im Rahmen des Strukturierten Dialogs gefördert werden können, was somit gleichermaßen ein Nachteil für die Standorte ist.

5 Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

Im Rahmen der statistischen Basisprüfung wurden insgesamt 64 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 107 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüft. Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den unterschiedlichen Arten von Auffälligkeitskriterien für die indirekten und direkten QS-Verfahren beschrieben.

5.1 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Zum Erfassungsjahr 2018 wurden 8 indirekte und 4 direkte QS-Verfahrensgebiete mithilfe von 64 verfahrensbezogenen Auffälligkeitskriterien geprüft. Darunter fallen 18 QS-Verfahren so, dass für 22 Auswertungsmodule die Ergebnisse dargestellt werden, wenn Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit entsprechend vorhanden sind. Für alle Auswertungsmodule liegen zur Plausibilität und Vollständigkeit insgesamt 34.441 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien vor, welche sich daraus ergeben, dass ein Standort auch zu mehreren Auffälligkeitskriterien Daten liefern kann. Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2018 wurden bei der Überprüfung der 64 AKs insgesamt 1.227 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von 3,6 % an allen rechnerischen Ergebnissen der AKs. Für die indirekten Verfahren wurden 40 AKs überprüft und 1.182 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Bei den direkten Verfahren waren es 24 überprüfte AKs und 45 rechnerische Auffälligkeiten. Insgesamt erfolgten 162 (13,7 %) rechnerische Auffälligkeiten bereits im Vorjahr (EJ 2017) und 47 (4,0 %) bereits seit dem Erfassungsjahr 2016.

Für 1.227 rechnerische Auffälligkeiten wurde an 733 Standorten ein Strukturierter Dialog geführt. Es wurden insgesamt 249 (20,3 %) Hinweise verschickt (nur indirekte Verfahren) und 972 (79,2 %) Stellungnahmen angefordert (indirekte Verfahren: n = 927, direkte Verfahren: n = 45). 4-mal wurden keine Maßnahme ergriffen und 2-mal eine sonstige Einstufung als Maßnahme gewählt.

Ausgehend von 972 Stellungnahmen erfolgten 10 Besprechungen (1,0 %), 2 Begehungen (0,2 %) und 36 Zielvereinbarungen (3,7 %) zur Optimierung der Dokumentationsqualität. Allesamt erfolgten für AKs der indirekten Verfahren. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 384-mal (39,5 %) als korrekt [U30, U99] und 569-mal (58,5 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. 21-mal (1,95 %) wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] vergeben (Bewertung für die 2 Standorte mit der Maßnahme „Sonstiges“ hier in der Bewertung enthalten). Von 569 fehlerhaften Dokumentationen bestanden 58 (10,2 %) bereits im Erfassungsjahr 2017 und 9 (1,6 %) bereits seit dem Erfassungsjahr 2016.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit auf AK-Ebene verfahrensbezogen dargestellt, gegliedert nach indirekten und direkten QS-Verfahren. Die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte, (wiederholte) rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen, weiterführende Maßnahmen, Bewertungen nach Strukturiertem Dialog und wiederholte Auffälligkeiten der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden pro Auswertungsmodul in einer Tabelle dargestellt. Zu Beginn wird jeweils ein

Überblick über die Verteilung der datenliefernden Standorte, der rechnerischen Auffälligkeiten sowie der fehlerhaften Dokumentation für die Auffälligkeitskriterien der indirekten bzw. direkten QS-Verfahren gegeben. Ebenso werden die relativen Anteile beispielsweise der fehlerhaften Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen mithilfe eines Säulendiagramms zwischen den Auffälligkeitskriterien verglichen. Weitere Abbildungen und Tabellen veranschaulichen die Anzahl der Standorte, die wiederholt rechnerisch auffällig waren oder (wiederholt) fehlerhaft dokumentiert haben.

Hinweise auf Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten oder fehlerhafte Dokumentationen der indirekten QS-Verfahren werden auf Grundlage der „Länderberichte über die Umsetzung der Maßnahmen der QS für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser an den G-BA“ beschrieben. Für direkte QS-Verfahren wird mit diesem Ziel der Bericht über die „Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie des Datenvalidierungsverfahrens 2019“ an den G-BA (IQTIG 2020a) herangezogen. Die im Rahmen der Berichterstattung zum Strukturierten Dialog aufgeführten Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten werden zum jeweiligen Auffälligkeitskriterium berichtet. Alle Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium sowie die detaillierten Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen. Ebenso finden sich im Anhang Maßnahmen und Einstufungen im Bundesländervergleich.

Indirekte QS-Verfahren

Die Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren sind in den zwei folgenden Abbildungen dargestellt (Abbildung 11 und Abbildung 12).

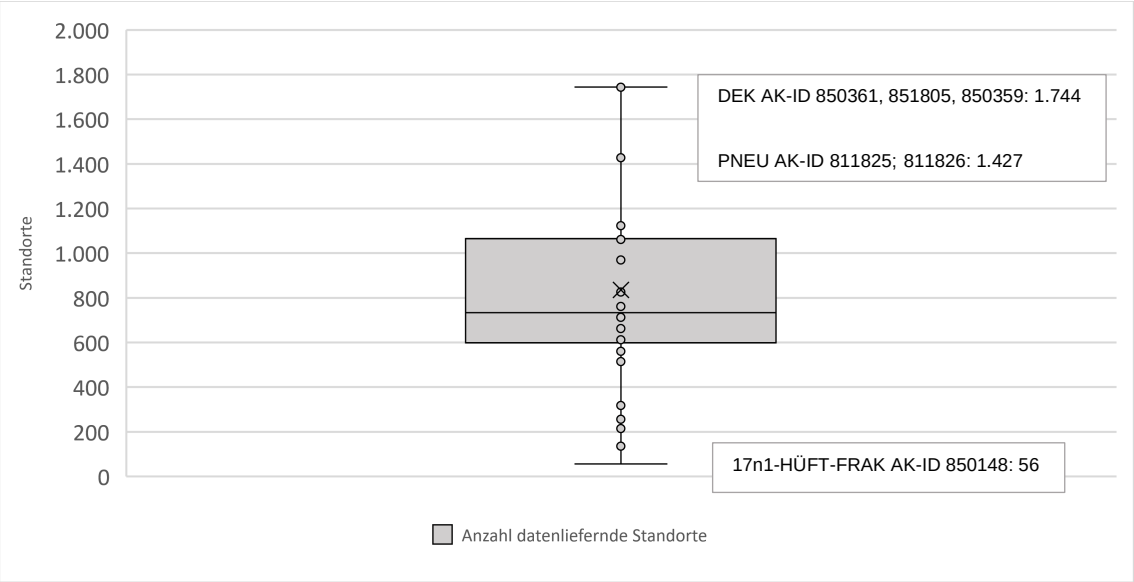

Abbildung 11: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2018

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass für die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren unterschiedlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit bundesweit 835 Standorte Daten geliefert. Für mindestens 50 % der AKs lieferten 733 Standorte Daten und für mindestens 75 % der AKs lieferten 1.065 Standorte Daten. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Standort auch zu mehreren AKs Daten liefern kann. Das Minimum liegt bei 56 (AK-ID 850148; 17n1-HÜFT-FRAK) und das Maximum bei 1.744 (AK-IDs 850361, 851805, 850359; DEK). Es lagen keine statistischen Ausreißer in den AKs vor (Abbildung 11).

Für die indirekten Verfahren wurden 40 AKs überprüft und 1.182 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt bestanden 159 rechnerische Auffälligkeiten bereits im Vorjahr (EJ 2017) und 46 bereits im Vorvorjahr (EJ 2016).

Insgesamt wurde bei den indirekten Verfahren 249-mal (20,3 %) ein Hinweis verschickt und 972-mal (79,2 %) um eine Stellungnahme gebeten. 4-mal erfolgten keine Maßnahme und 2-mal wurde als Maßnahme „Sonstiges“ gewählt. Es erfolgten insgesamt 10 Besprechungen, 2 Begehungen und 36 Zielvereinbarungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 370-mal (39,9 %) als korrekt [U30, U99] und 538-mal (58,0 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 21 Stellungnahmen wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] (2,3 %) vergeben (Bewertung für die 2 Standorte mit der Maßnahme „Sonstiges“ hier in der Bewertung enthalten).

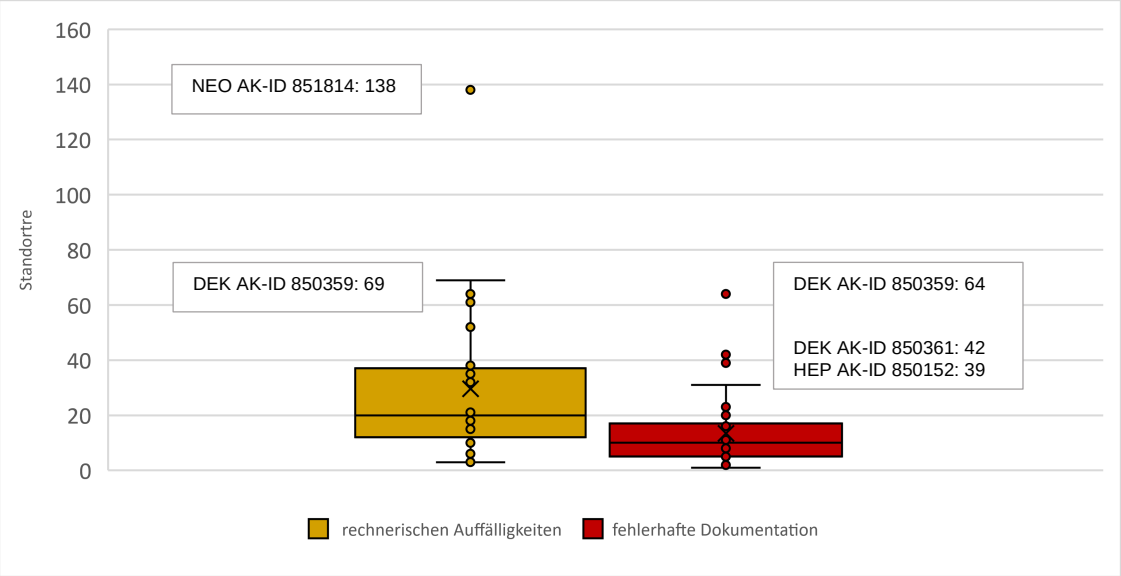

Abbildung 12: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2018

Abbildung 12 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der auffällig gewordenen Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel sind 29,6 Standorte der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit rechnerisch auffällig gewesen. Für mindestens ein Viertel der AKs waren 12 Standorte, für mindestens die Hälfte waren 20 Standorte und für mindestens drei Viertel waren 37 Standorte rechnerisch auffällig. Das Minimum liegt bei 3 (AK-ID 850305; KEP und AK-ID 850317; 09n4-DEFI-IMPL) und das Maximum bei 69 (AK-ID 850359; DEK). Statistische Ausreißer (= 1,5- bis 3,0-mal die Differenz zwischen 1. Quartil und 3. Quartil) liegen für das AK 851814 im Auswertungsmodul NEO vor. Das heißt, dass für dieses AK mit jeweils 138 rechnerischen Auffälligkeiten sehr viele datenliefernde Standorte auffällig waren (Abbildung 12).

Fehlerhafte Dokumentationen bestätigten sich 538-mal in den indirekten Verfahren. Unter allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren wiesen minimal ein Standort und maximal 31 Standorte pro AK fehlerhafte Dokumentationen auf, wobei für 3 AKs die Anzahl an Standorten mit fehlerhafter Dokumentation statistische Ausreißer darstellten. Das heißt, dass für das AK 850359 und das AK 850361 im Auswertungsmodul DEK und das AK 850152 im Auswertungsmodul HEP mit jeweils 64, 42 und 39 Standorten bei besonders vielen Standorten fehlerhafte Dokumentationen vorlagen. Für mindestens die Hälfte der AKs hatten 10 Standorte und für mindestens drei Viertel der AKs hatten 17 Standorte fehlerhaft dokumentiert.

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen einzuordnen, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Standorten (Abbildung 13) bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen (Abbildung 14) gesetzt.

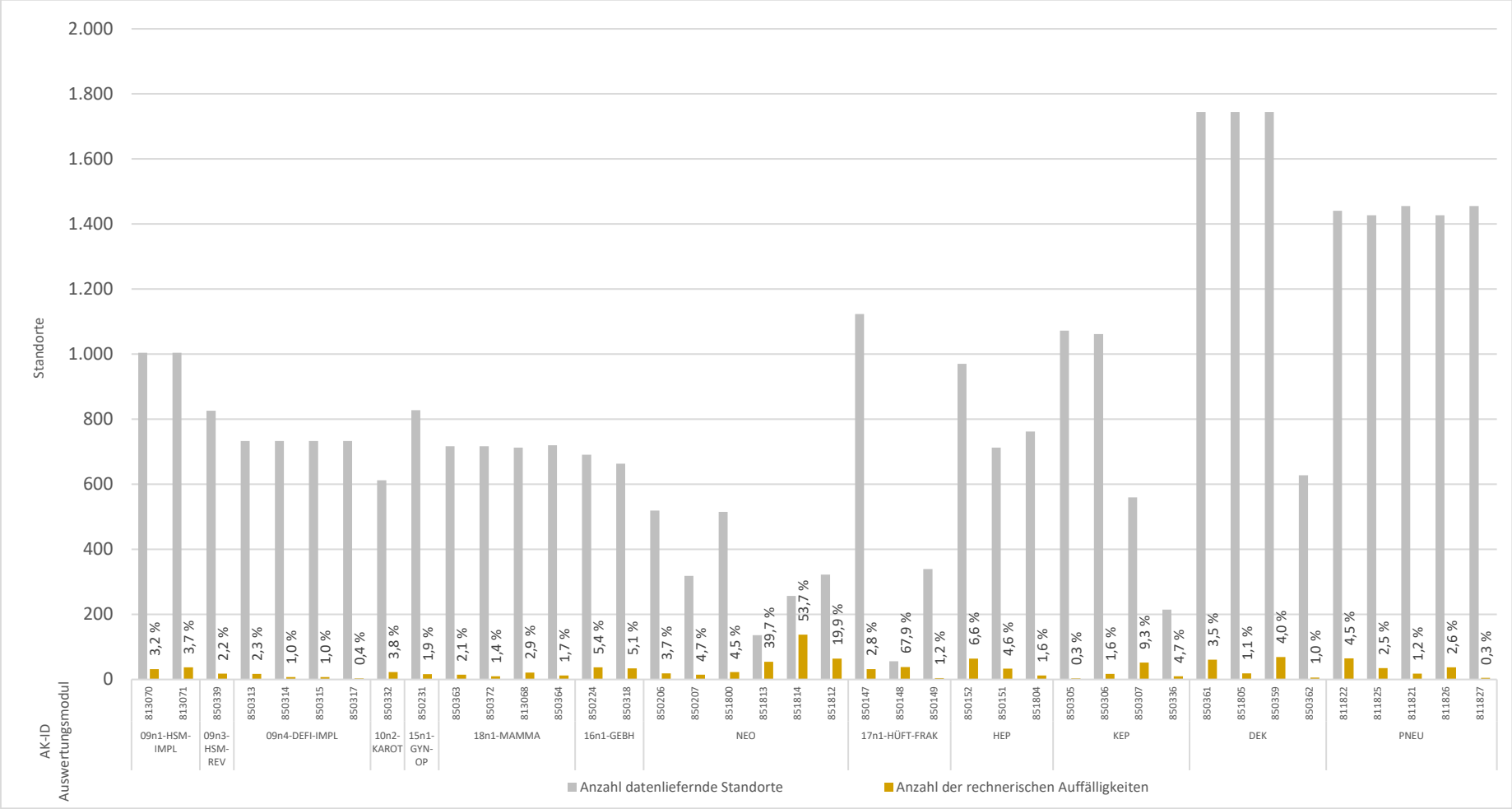

Abbildung 13: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2018

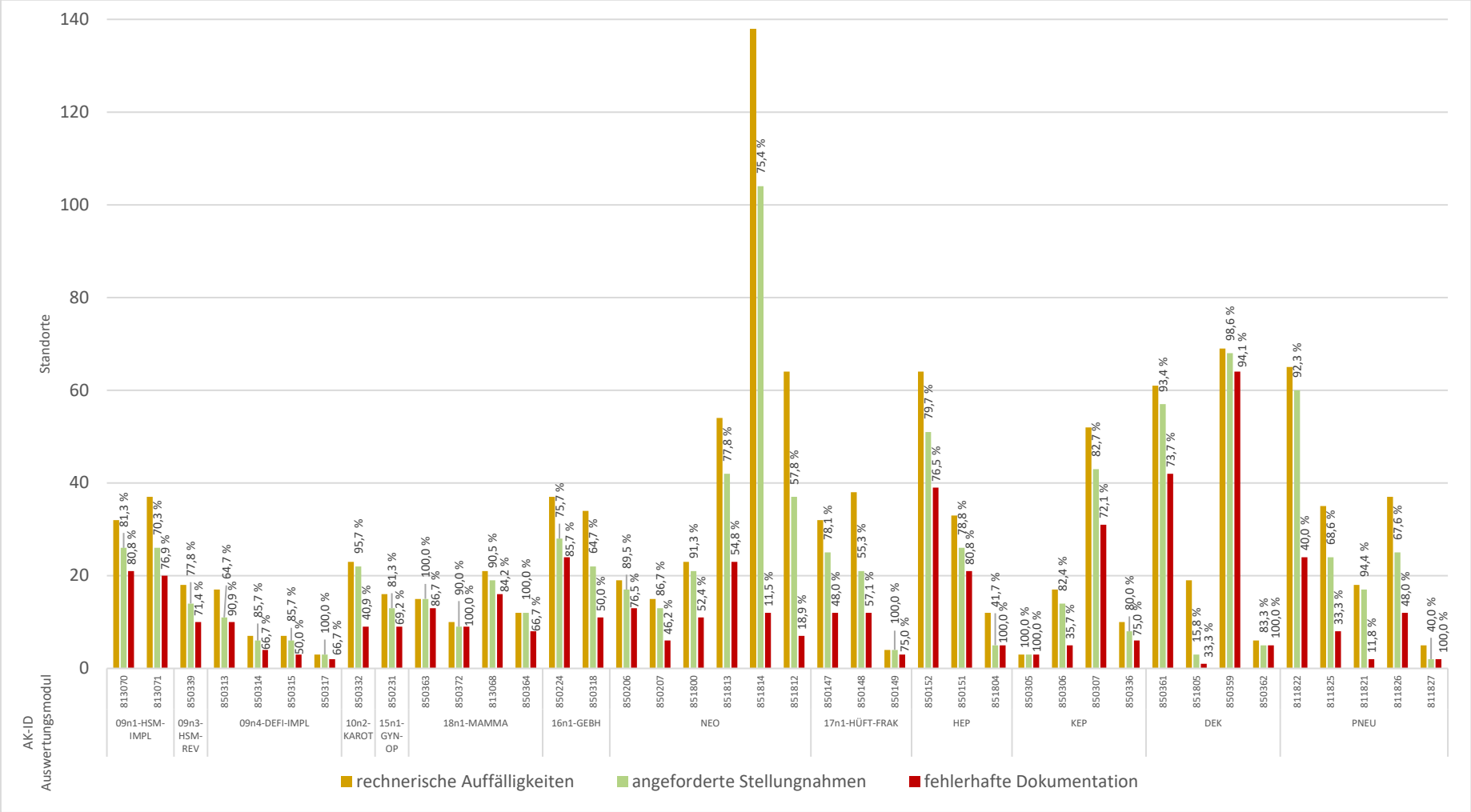

Abbildung 14: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2018

Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren ist im obigen Säulendiagramm (Abbildung 13) abgebildet.

Es wird deutlich, dass das AK 850148 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK mit 67,9 % den größten Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten im Vergleich zu den anderen AKs abbildet. Dies ist allerdings auch das AK, zu dem die wenigsten Standorte Daten geliefert haben (rechnerisch auffällig: n = 38 zu n = 56 datenliefernden Standorten; Abbildung 11). Absolut gesehen lag neben dem AK 851814 in NEO (n = 138) die Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten z. B. auch im AK 850359 im Auswertungsmodul DEK hoch (n = 69), obgleich bei diesem AK in DEK der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten lediglich 4,0 % beträgt.

Während somit im Boxplot (Abbildung 12) die Verteilung der Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte pro einzelnem Auffälligkeitskriterium dargestellt ist, werden im Säulendiagramm in Abbildung 13 die Anteile dieser rechnerischen Auffälligkeiten an allen datenliefernden Standorten zu jedem Auffälligkeitskriterium deutlich und relativieren ggf. die Aussagen zu Auffälligkeitskriterien, in denen viele Standorte rechnerisch auffällig wurden. Beispielsweise ist im Boxplot zu erkennen, dass für das AK 850361 im Auswertungsmodul DEK überdurchschnittlich viele Standorte rechnerisch auffällig sind (n = 61), obgleich dieses AK nicht das mit Maximalwert war oder einen statistischen Ausreißer darstellte. Betrachtet man nun Abbildung 13 für dieses AK, erkennt man, dass sich die rechnerischen Auffälligkeiten auch auf eine sehr hohe Anzahl datenliefernder Standorte beziehen (n = 1.744) und der Anteil daher mit 3,5 % niedrig ist.

Wenn man den Ausreißer in NEO mit n = 138 rechnerischen Auffälligkeiten zunächst außen vor lässt, ist das AK mit den zweithäufigsten rechnerisch auffälligen Ergebnissen das AK 850359 im Auswertungsmodul DEK mit n = 69, wie der Abbildung 12 zu entnehmen ist; gefolgt von den AKs 811822 in PNEU mit n = 65 und 850152 in HEP mit n = 64 rechnerischen Auffälligkeiten. Dennoch beträgt der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten an der Anzahl der datenliefernden Standorte in diesen AKs lediglich 4,0 % (DEK), 4,5 % (PNEU) und 6,6 % (HEP), da es sich um große Verfahren handelt, für die viele Standorte Daten zu den AKs liefern (Abbildung 13).

Für das o. g. AK 851814 im Auswertungsmodul NEO mit der höchsten Anzahl von 138 rechnerischen Auffälligkeiten unter allen AKs lag hingegen ein hoher Anteil (53,7 %) in Bezug auf die zu diesem AK datenliefernden Standorte (n = 257) vor. Im Vergleich zu anderen AKs in NEO oder auch anderen Auswertungsmodulen mit einer ähnlich hohen Anzahl an datenliefernden Standorten war der Anteil trotz niedriger Anzahl datenliefernder Standorte damit relativ hoch.

Die AKs mit den kleinsten Anteilen rechnerischer Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten sind das AK 850305 im Auswertungsmodul KEP und AK 811827 im Auswertungsmodul PNEU mit jeweils 0,3 % (Abbildung 13).

Von 40 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit lagen in allen Auffälligkeitskriterien der indirekten Verfahren – anders als bei den direkten QS-Verfahren – rechnerische Auffälligkeiten vor, sodass ein Strukturierter Dialog ausgelöst wurde. In obiger Abbildung 14 sind

die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. Die jeweilige Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen entspricht der Anzahl an Hinweisen und nicht eingeleiteten Maßnahmen (S 90). Im Durchschnitt wiesen 58,0 % der Standorte eine fehlerhafte Dokumentation bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen auf (n = 538/927). Für 5 AKs wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt und für 7 AKs mehr als 80 % fehlerhafte Dokumentationen.

Anteilsmäßig am wenigsten fehlerhafte Dokumentationen lagen, wie im letzten Jahr, für das AK 811821 im Auswertungsmodul PNEU mit 11,8 % vor (2 von 17 Standorten). Ebenso lagen für das bereits o. g. AK 851814 im Auswertungsmodul NEO, für welches mit 138 rechnerischen Auffälligkeiten und einem Anteil von 53,7 % an den datenliefernden Standorten sehr viele Standorte rechnerisch auffällig waren, bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen (n = 104) mit 11,5 % nur sehr wenige fehlerhafte Dokumentationen vor.

In nachfolgender Abbildung 15 werden Auffälligkeitskriterien dargestellt, für welche es Standorte mit höchstens 10 rechnerischen Auffälligkeiten gab und weniger als 10 Stellungnahmen angefordert wurden, die aber einen hohen Anteil an fehlerhaften Dokumentation aufweisen.

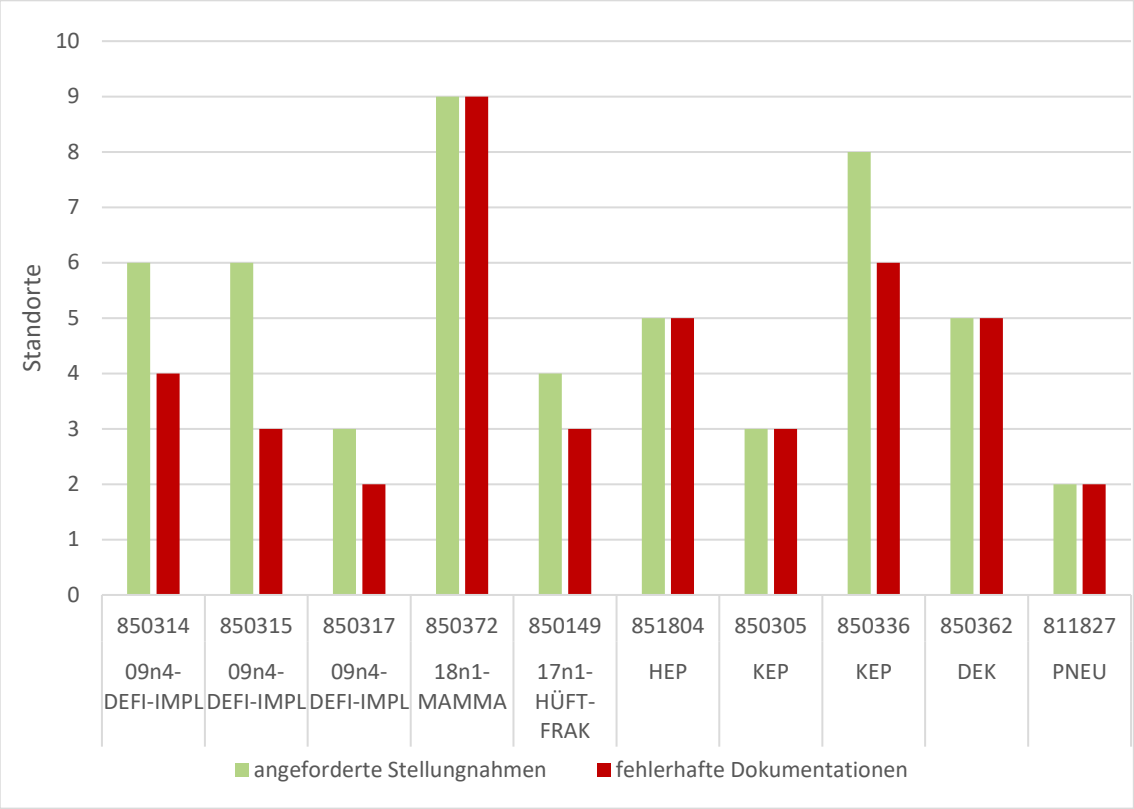

Abbildung 15: Anteil der Standorte mit fehlerhaften Dokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen für Auffälligkeitskriterien, bei denen weniger als 10 Stellungnahmen angefordert wurden und höchstens 10 rechnerische Auffälligkeiten vorlagen

Bei 3 der 10 AKs hatten Standorte bereits im Vorjahr (zu EJ 2017) fehlerhaft dokumentiert. Dies betraf das AK 850315 des Auswertungsmoduls 09n4-DEFI-IMP, das AK 850372 des Auswertungsmoduls 18n1-Mamma und das AK 850336 des Auswertungsmoduls KEP. In Tabelle 16 werden alle AKs mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten fehlerhaften Dokumentationen zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2017 und des Erfassungsjahres 2016 abgebildet, wenn diese aufgetreten sind.

Von den 40 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten Verfahren ist es bei 29 AKs vorgekommen, dass Standorte wiederholt rechnerisch auffällig waren und davon in 21 AKs auch wiederholt fehlerhaft dokumentiert hatten. Bei 18 AKs gab es Standorte, die 3 Jahre in Folge rechnerisch auffällig waren. Bei den wiederholten fehlerhaften Dokumentationen waren es 7 AKs, für welche Standorte 3 Jahre in Folge fehlerhaft dokumentierten.

Das AK 850315 in 09n4-DEFI-IMPL wies den höchsten Anteil wiederholt rechnerischer Auffälligkeiten (57,1 %) und wiederholt fehlerhafter Dokumentationen (66,7 %) bezogen auf 2 Jahre auf. Allerdings variieren die AKs in der Anzahl der Standorte, was bei Betrachtung von Tabelle 16 zu beachten ist.

Tabelle 16: Alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, die wiederholte rechnerische Auffälligkeiten und wiederholte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen

		rechnerische Auffälligkeiten			fehlerhafte Dokumentation		
Auswertungsmodul	**AK-ID**	**EJ 2018**	**EJ 2018 und 2017**	**EJ 2018, 2017 und 2016**	**EJ 2018**	**EJ 2018 und 2017**	**EJ 2018, 2017 und 2016**
09n1-HSM-IMPL	813070	32	10	5	21	6	2
09n1-HSM-IMPL	813071	37	3	2	20	3	1
09n3-HSM-REV	850339	18	4	0	10	1	0
09n4-DEFI-IMPL	850313	17	4	2	10	2	1
09n4-DEFI-IMPL	850315	7	4	2	3	2	0
10n2-KAROT	850332	23	2	1	9	0	0
15n1-GYN-OP	850231	16	2	0	9	0	0
18n1-MAMMA	850363	15	2	1	13	1	0
18n1-MAMMA	850372	10	2	0	9	2	0
18n1-MAMMA	813068	21	6	2	16	3	0
16n1-GEBH	850224	37	8	4	24	2	0
16n1-GEBH	850318	34	2	1	11	0	0
NEO	850206	19	5	0	13	1	0
NEO	850207	15	2	0	6	1	0

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten			fehlerhafte Dokumentation		
		EJ 2018	EJ 2018 und 2017	EJ 2018, 2017 und 2016	EJ 2018	EJ 2018 und 2017	EJ 2018, 2017 und 2016
17n1-HÜFT-FRAK	850147	32	6	0	12	2	0
17n1-HÜFT-FRAK	850148	38	5	0	12	2	0
17n1-HÜFT-FRAK	850149	4	1	0	3	0	0
HEP	850152	64	6	0	39	1	0
HEP	850151	33	3	0	21	0	0
KEP	850306	17	4	1	5	1	0
KEP	850307	52	3	1	31	0	0
KEP	850336	10	3	1	6	1	0
DEK	850361	61	16	3	42	9	1
DEK	850359	69	14	3	64	10	1
DEK	850362	6	1	1	5	0	0
PNEU	811822	65	20	12	24	3	2
PNEU	811825	35	5	0	8	1	0
PNEU	811821	18	4	1	2	0	0
PNEU	811826	37	12	3	12	3	1
Gesamt	-	**842**	**159**	**46**	**460**	**57**	**9**

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren je Auswertungsmodul beschrieben.

5.1.1 Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)

AK-ID 813070 = Häufig führendes Symptom 'sonstiges'

Von 1.004 Standorten, die Daten bezüglich *häufig führendes Symptom 'sonstiges'* lieferten, wurden 32 Standorte (3,2 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 10 Standorte im Erfassungsjahr 2017 und 5 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs der 26 zur Stellungnahme aufgeforderten Standorte wurde für 5 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 21 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Dabei wiesen 6 Standorte im Erfassungsjahr 2017 und 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2016 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Mit einem Standort wurde eine Besprechung geführt und mit 2 Standorten Zielvereinbarungen abgeschlossen.

Von einer LQS wurde beispielsweise genannt, dass Präsynkopen/Schwindel vorgelegen hätten und damit unter den vorhandenen individuellen Schlüsseln und nicht unter „Sonstiges“ hätten abgebildet werden können.

AK-ID 813071 = Häufig führende Indikation 'sonstiges'

Bezüglich einer *häufig führenden Indikation 'sonstiges'* wurden 37 der 1.004 datenliefernden Standorte (3,7 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte im Erfassungsjahr 2017 und 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. An 11 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 26 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnten 6 korrekte Dokumentationen bestätigt und 20 fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden. 3 Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2016 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Im Bericht einer LQS wurde vermerkt, dass ein Standort auf die Notwendigkeit verbindlicher Strategien zur Vermeidung des Dokumentationsmangels hingewiesen wurde.

Tabelle 17: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL

	813070	**813071**
Anzahl datenliefernder Standorte	1.004	1.004
Rechnerische Auffälligkeiten		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	32	37
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	10	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	5	2
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	6	11
Stellungnahmen angefordert	26	26
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechung	1	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	2	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	5	6
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	21	20
Sonstiges [S91, S99]	0	0

	813070	813071
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	6	3
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	2	1

AK-ID 813070 = Häufig führendes Symptom 'sonstiges'

AK-ID 813071 = Häufig führende Indikation 'sonstiges'

5.1.2 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV)

AK-ID 850339 = Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

Bezüglich der *häufigen Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen* wurden 18 der 826 datenliefernden Standorte (2,2 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden von 14 Standorten Stellungnahmen angefordert und im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für 10 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Dabei wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 18: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV

	850339
Anzahl datenliefernder Standorte	826
Rechnerische Auffälligkeiten	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	18
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0
Maßnahmen	
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0
Hinweise verschickt	4
Stellungnahmen angefordert	14
Weiterführende Maßnahmen	
Besprechung	0
Begehung	0
Zielvereinbarung	0

	850339
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	10
Sonstiges [S91, S99]	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen	
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0

AK-ID 850339 = Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

5.1.3 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09n4-DEFI-IMPL)

AK-ID 850313 = Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'
17 der 733 datenliefernden Standorte (2,3 %) wiesen hinsichtlich eines *häufig indikationsbegründenden klinischen Ereignisses 'sonstige'* eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurden für 11 Standorte Stellungnahmen angefordert und im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für 10 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Dabei wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2016 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

Im Bericht einer LQS wurde darauf hingewiesen, dass bei vielschichtigen Aspekten eine genauere Dokumentation unter Berücksichtigung der Ausfüllhinweise nicht möglich gewesen sei und folgerichtig die dafür vorgesehene Kategorie 'sonstige' genutzt wurde.

AK-ID 850314 = Häufig ICD-System 'sonstiges' [entfällt zukünftig]
7 der 733 Standorte (0,9 %), die Daten zu *häufig ICD-System 'sonstiges'* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog konnte zu 6 angeforderten Stellungnahmen für 4 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

AK-ID 850315 = Häufige Angabe von LVEF 'nicht bekannt' [entfällt zukünftig]
Von 733 Standorten, die Daten zum AK *häufige Angabe von LVEF 'nicht bekannt'* lieferten, wurden 7 Standorte (0,9 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs mit 6 Standorten konnte für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 3 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. 2 Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

AK-ID 850317 = Angabe von ASA 5 [entfällt zukünftig]

Von den 733 Standorten, die Daten zur *Angabe von ASA 5* lieferten, wurden 3 Standorte (0,4 %) rechnerisch auffällig. Durch die 3 angeforderten Stellungnahmen konnte für einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 2 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 19: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL

	850313	850314	850315	850317
Anzahl datenliefernder Standorte	733	733	733	733
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	17	7	7	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	4	0	4	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	2	0	2	0
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	6	1	1	0
Stellungnahmen angefordert	11	6	6	3
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	1	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	1	2	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	10	4	3	2
Sonstiges [S91, S99]	0	1	1	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	2	0	2	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	0	0

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

5.1.4 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT)

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

Von 612 datenliefernden Standorten wurden 23 Standorte (3,7 %) hinsichtlich einer *häufigen Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten* rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Von 22 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert und im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für 12 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt. Bei 9 Standorten wurde eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert und für einen Standort die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Nach Angaben einer LQS waren gemäß deren Fachausschuss die häufigen Angaben von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten nachvollziehbar, da eine hohe Subjektivität in der ASA-Einteilung vorläge.

Tabelle 20: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT

	850332
Anzahl datenliefernder Standorte	612
Rechnerische Auffälligkeiten	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	23
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	1
Maßnahmen	
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0
Hinweise verschickt	1
Stellungnahmen angefordert	22
Weiterführende Maßnahmen	
Besprechung	0
Begehung	0
Zielvereinbarung	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	12
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	9
Sonstiges [S91, S99]	1

	850332
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen	
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0

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

5.1.5 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP)

AK-ID 850231 = Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund
Von 828 Standorten, die Daten zur *häufigen Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund* lieferten, wurden 16 Standorte (1,9 %) rechnerisch auffällig. Es wurden von 13 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 4 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 9 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Nach Angaben einer LQS wurde im Fachausschuss vermutet, dass die QS-Dokumentation bereits vor Bekanntsein des histologischen Ergebnisses abgeschlossen wurde. Dem Standort wurde mitgeteilt, dass die Dokumentation von histologischen Ergebnissen erwartet werde. Eine weitere LQS berichtet, dass ein spezifischer Histologieschlüssel hätte angegeben werden können und auf die Notwendigkeit einer korrekten Dokumentation hingewiesen wurde. Von einer weiteren LQS wird angegeben, dass ein Standort die bestehende Plausibilitätsregel für die Angabe der unspezifischen Histologien verantwortliche machte, da diese die Eingabe von Folikel- oder Corpusluteum-Zysten als führenden Befund bei Patientinnen, die älter als 60 Jahre seien, zulasse (weiche Plausibilitätsregel). Der Standort wurde entsprechend aufgefordert, sich mit dem hohen Anteil entsprechender Histologien auseinanderzusetzen.

Tabelle 21: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP

	850231
Anzahl datenliefernder Standorte	828
Rechnerische Auffälligkeiten	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	16
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0
Maßnahmen	
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0
Hinweise verschickt	3
Stellungnahmen angefordert	13

	850231
Weiterführende Maßnahmen	
Besprechung	0
Begehung	0
Zielvereinbarung	1
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	9
Sonstiges [S91, S99]	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen	
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0

AK-ID 850231=Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund

5.1.6 Mammachirurgie (18n1-MAMMA)

AK-ID 850363 = Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“

15 der 717 datenliefernden Standorte (2,1 %) wurden im AK *Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“* rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Es wurden von allen 15 Standorten Stellungnahmen angefordert und im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für 13 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Gründe für fehlerhafte Dokumentationen seien gemäß einer LQS fehlerhaftes Kodieren von ICD- und OPS-Ziffern (DCIS und Carcinoma in situ), woraufhin der entsprechende Standort ein Konzept zur korrekten Dokumentation erarbeiten sollte.

AK-ID 850372 = Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

Von 717 datenliefernden Standorten waren 10 Standorte (1,4 %) im AK *Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“* rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Durch den Strukturierten Dialog konnte für alle 9 Standorte, für die eine Stellungnahme angefordert wurde, eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden, wobei 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft dokumentiert hatten.

AK-ID 813068 = Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

Im AK *Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde* wurden 21 der 713 datenliefernden

Standorte (2,9 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 6 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Von 19 Standorten, die um eine Stellungnahme gebeten wurden, wiesen 16 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation auf. Davon dokumentierten 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft. Mit einem Standort wurde eine Besprechung durchgeführt.

Nach Angaben einer LQS konnte eine rechnerische Auffälligkeit damit erklärt werden, dass das Auftreten multipler maligner Neoplasien aus unterschiedlichen Histologiegruppen nicht korrekt dokumentiert werden könnte und deshalb korrekt dokumentiert worden sei.

AK-ID 850364 = Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“
Von 12 rechnerisch auffälligen Standorten der insgesamt 720 datenliefernden Standorte (1,7 %) wurden alle bezüglich des AK *Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“* um eine Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs dokumentierten 8 Standorte fehlerhaft. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Tabelle 22: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA

	850363	**850372**	**813068**	**850364**
Anzahl datenliefernder Standorte	717	717	713	720
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	15	10	21	12
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	2	2	6	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	2	0
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	0	1	2	0
Stellungnahmen angefordert	15	9	19	12
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	1	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	1	0	0	1
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0	3	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	13	9	16	8
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0

	850363	850372	813068	850364
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1	2	3	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0

AK-ID 850363 = Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“

AK-ID 850372 = Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

AK-ID 813068 = Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

AK-ID 850364 = Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“

5.1.7 Geburtshilfe (16n1-GEBH)

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

Von 37 (5,3 %) rechnerisch auffälligen Standorten der 691 datenliefernden Standorte waren 8 Standorte bereits im Vorjahr (EJ 2017) und 4 Standorte bereits in den letzten beiden Vorjahren (EJ 2016 und EJ 2017) rechnerisch auffällig im AK *häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess.* An einem Standort wurde keine Maßnahme vorgenommen und an 8 Standorte wurden Hinweise verschickt. Von 28 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert und lediglich für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 24 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Für 2 Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. 2 der fehldokumentierenden Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Als weiterführende Maßnahmen fand bei einem Standort eine Besprechung statt und für 2 Standorte wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen.

Nach Angaben einer LQS wurde ein ursprünglich geltend gemachter Softwarefehler als Fehldokumentation identifiziert. An einem weiteren Standort bestanden Probleme bei der Gewinnung von Nabelarterienblut, die im Auffälligkeitskriterium jedoch nicht hinreichend abgebildet würden, weshalb eine korrekte Dokumentation bestätigt wurde.

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

34 der 663 datenliefernden Standorte (5,1 %) wurden hinsichtlich der *Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten* rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Es wurden von 22 Standorten Stellungnahmen angefordert und im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für die Hälfte der Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für die anderen 11 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Tabelle 23: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH

	850224	**850318**
Anzahl datenliefernder Standorte	691	663
Rechnerische Auffälligkeiten		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	37	34
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	8	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	4	1
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	1	0
Hinweise verschickt	8	12
Stellungnahmen angefordert	28	22
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechung	1	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	2	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	11
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	24	11
Sonstiges [S91, S99]	2	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	2	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0

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

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

5.1.8 Neonatologie (NEO)

AK-ID 850206 = Aufnahmetemperatur nicht angegeben

19 der 519 datenliefernden Standorte (3,7 %) wiesen bezüglich des AK *Aufnahmetemperatur nicht angegeben* eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon waren 5 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Von 17 angeforderten Stellungnahmen wurde im Ergebnis

des Strukturierten Dialogs für 4 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 13 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Ein Standort hatte bereits im Vorjahr (EJ 2017) fehlerhaft dokumentiert.

AK-ID 850207 = Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme
Hinsichtlich des AK *Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme* wurden 15 der 318 datenliefernden Standorte (4,7 %) rechnerisch auffällig, wovon 2 Standorte bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig waren. Durch den Strukturierten Dialog konnte von 13 angeforderten Stellungnahmen für 7 Standorte eine korrekte Dokumentation und für 6 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Ein Standort wies bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Als Begründung für eine rechnerische Auffälligkeit wurde beispielsweise von einer LQS angeführt, dass bei Hydranenzephalie und im Verlauf Liquorisation des Großhirns die Reduktion des Kopfumfangs korrekt dokumentiert sei.

AK-ID 851800 = Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab [neu zu EJ 2018]
Im AK *Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab* wurden 23 der 515 datenliefernden Standorte (4,5 %) rechnerisch auffällig und von 21 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Strukturierten Dialog konnte für 10 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 11 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Nach Angaben einer LQS lagen Gründe für fehlerhafte Dokumentationen darin, dass die Fälle bei der Dokumentation des Aufnahmegewichts unterschiedlich behandelt werden, je nachdem, ob das Kind am ersten Lebenstag aus der eigenen Geburtsklinik oder aus einer externen Geburtsklinik aufgenommen wurde. Hierdurch vergrößere sich die Gefahr von Dokumentationsfehlern. Eine weitere LQS verweist darauf, dass große Unsicherheit im Umgang mit dem Datenfeld *Gewicht bei Aufnahme* bestünde, da unklar sei, ob das Aufnahmegewicht ins Krankenhaus oder aber das Gewicht bei Aufnahme in die Neonatologie zu dokumentieren sei. Ebenfalls wird von deren Fachgruppe darauf hingewiesen, dass alle zu den entsprechenden Fällen im Stellungnahmeverfahren genannten Konstellationen der normalen klinischen Situation einer Gewichtsreduktion entsprochen hätten.

AK-ID 851813 = Letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert [neu zu EJ 2018]
54 der 136 datenliefernden Standorte (39,7 %) wiesen hinsichtlich des AK *Letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert* eine rechnerische Auffälligkeit auf, für welche von 42 Standorte eine Stellungnahme angefordert wurde. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 17 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 23 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für 2 Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Mit einem Standort wurde im Anschluss eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Eine LQS gab an, als Grundlage der Validierung die Liste der letalen Fehlbildungen des IQTIG verwendet zu haben. Nach Auffassung einer Fachgruppe einer anderen LQS fehlten bei der Berechnung des Auffälligkeitskriteriums die ICD-Diagnosen Q89.7 (Multiple angeborene Fehlbildungen, anderenorts nicht klassifiziert) und Q89.8 (Sonstige näher bezeichnete angeborene

Fehlbildungen). Eine weitere LQS meldete eine Abweichung mit einem besonderen Einzelfall, bei welchem die Therapie wegen infauster Prognose eingestellt wurde. Weiter wird von einer LQS beschrieben, dass zum Zeitpunkt des Abschlusses des QS-Bogens noch eine unvollständige Kodierung in dem Fall bestanden hätte, und sie schlägt die Einführung einer weichen Plausibilitätsregel für die fehlende Erfassung eines letalen Fehlbildungskodes in den Feldern *Todesursache* und *weitere (Entlassungs)Diagnosen* bei angegebener letaler Fehlbildung vor.

AK-ID 851814 = Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht [neu zu EJ 2018]

Hinsichtlich des AK *Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht* waren 138 der 257 datenliefernden Standorte (53,7 %) rechnerisch auffällig. An 34 Standorte wurden Hinweise verschickt und für 104 Standorte Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 91 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 12 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen und mit 2 Standorten im Anschluss Zielvereinbarungen abgeschlossen.

Die Gründe für rechnerische Auffälligkeiten ließen sich gemäß einer LQS für fast alle Fälle medizinisch erklären. Eine weitere LQS verwies auf besondere Einzelfälle, die deren Fachausschuss medizinisch nachvollziehen konnte (z. B. Plazentainsuffizienz, Makrosomie, Wachstumsretardierungen, schwere intrauterine Wachstumsretardierung).

AK-ID 851812 = Hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis [neu zu EJ 2018]

Von 64 rechnerisch auffälligen Standorte der insgesamt 322 datenliefernden Standorte (19,9 %) im AK *Hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis* wurde von 37 Standorten eine Stellungnahme angefordert und an die übrigen 27 Standorte wurden Hinweise versandt. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 30 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und lediglich bei 7 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden, obgleich auch mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen wurde.

Nach Angaben einer LQS waren die rechnerisch auffälligen Fälle gut begründete Einzelfälle.

Tabelle 24: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul NEO

	850206	**850207**	**851800**	**851813**	**851814**	**851812**
Anzahl datenliefernder Standorte	519	318	515	136	257	322
Rechnerische Auffälligkeiten						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	19	15	23	54	138	64
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	5	2	0	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0	0

	850206	850207	851800	851813	851814	851812
Maßnahmen						
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0	0	0
Hinweise verschickt	2	2	2	12	34	27
Stellungnahmen angefordert	17	13	21	42	104	37
Weiterführende Maßnahmen						
Besprechung	0	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	1	2	1
Bewertung nach Strukturiertem Dialog						
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	4	7	10	17	91	30
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	13	6	11	23	12	7
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	2	1	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen						
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1	1	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0	0

AK-ID 850206 = Aufnahmetemperatur nicht angegeben

AK-ID 850207 = Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

AK-ID 851800 = Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab

AK-ID 851813 = Letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert

AK-ID 851814 = Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht

AK-ID 851812 = Hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis

5.1.9 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)

AK-ID 850147 = Angabe von ASA 5

Von 1.123 Standorten, die Daten zu *Angabe von ASA 5* lieferten, wurden 32 Standorte (2,8 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 6 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. An 7 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 25 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei 13 Standorten eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 12 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert, wovon 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation aufwiesen.

AK-ID 850148 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

38 der 56 datenliefernden Standorte (67,8 %) wurden hinsichtlich einer *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation* rechnerisch auffällig, wovon 5 Standorte bereits im Vorjahr (EJ 2017) rechnerisch auffällig waren. An 17 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 21 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 9 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 12 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Von den fehldokumentierenden Standorten wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Als Begründung für eine fehlerhafte Dokumentation wurden seitens einer LQS Problematiken in der Fallzusammenführung genannt.

AK-ID 850149 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

Von 339 datenliefernden Standorten wurden 4 Standorte (1,2 %) hinsichtlich einer *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen* rechnerisch auffällig, von denen ein Standort bereits im Vorjahr (EJ 2017) rechnerisch auffällig war. Von allen 4 Standorten wurde eine Stellungnahme angefordert und im Ergebnis für 3 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Tabelle 25: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK

	850147	850148	850149
Anzahl datenliefernder Standorte	1.123	56	339
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	32	38	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	6	5	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	7	17	0
Stellungnahmen angefordert	25	21	4
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0

	850147	850148	850149
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	13	9	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	12	12	3
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationenss			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	2	2	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850147= Angabe von ASA 5

AK-ID 850148= Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

AK-ID 850149= Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

5.1.10 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

AK-ID 850152 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

64 der 970 datenliefernden Standorte (6,6 %) wurden hinsichtlich der *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen* rechnerisch auffällig, von denen 6 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig waren. An 13 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 51 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für die Mehrheit der Standorte (n = 39) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Ein Standort wies bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Als weitere Maßnahmen wurde mit einem Standort eine Besprechung durchgeführt und mit einem weiteren Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Eine LQS merkt an, dass bei den auffälligen Standorten mindestens eine Komplikation vorhanden war, die für die QS nicht dokumentiert, aber mit einer T-Diagnose verschlüsselt wurde. Auch eine weitere LQS verweist auf Unterdokumentationen von spezifischen behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen bzw. einer postoperativen Wundinfektion (z. B. Inlayfehlposition, postoperative Fistel, Subluxation der Hüfte).

AK-ID 850151 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

Im AK *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation* wiesen 33 der 713 datenliefernden Standorte (4,6 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf, von denen 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig waren. Von 26 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert und an die übrigen Standorte Hinweise versandt. Im Ergebnis

des Strukturierten Dialogs konnte für 5 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 21 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 851804 = Irrtümlich angelegte Prozedurbögen [neu zu EJ 2018]
12 der 762 datenliefernden Standorte (1,6 %) wiesen hinsichtlich der *irrtümlich angelegten Prozedurbögen* eine rechnerische Auffälligkeit auf. An einem Standort wurden keine Maßnahmen ergriffen und an 6 Standorte Hinweise verschickt. Von den 5 angeforderten Stellungnahmen wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für alle 5 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Nach Angaben einer LQS war ein Grund für die rechnerische Auffälligkeit die Doppeldokumentation des Prozedurbogens aufgrund eines Softwarefehlers.

Tabelle 26: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HEP

	850152	850151	851804
Anzahl datenliefernder Standorte	970	713	762
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	64	33	12
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	6	3	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	1
Hinweise verschickt	13	7	6
Stellungnahmen angefordert	51	26	5
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	1	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	1	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	12	5	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	39	21	5
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0

	850152	850151	851804
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850152 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

AK-ID 850151 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

AK-ID 851804 = Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

5.1.11 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

AK-ID 850305 = Angabe von ASA 5

Hinsichtlich der *Angabe von ASA 5* wurden lediglich 3 der 1.072 datenliefernden Standorte (0,3 %) rechnerisch auffällig, die jedoch alle eine fehlerhafte Dokumentation aufwiesen.

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

17 der 1.062 datenliefernden Standorte (1,6 %) wurden hinsichtlich der *häufigen Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen* rechnerisch auffällig, von denen 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig waren. Von den 14 Standorten, für die eine Stellungnahme angefordert wurde, lag im Ergebnis des Strukturierten Dialogs bei 5 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation vor, wovon ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation aufwies. Als weitere Maßnahme wurde mit einem Standort eine Besprechung durchgeführt und mit einem anderen Standort eine Zielvereinbarung getroffen.

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

Bezüglich der *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen* wurden 52 der 560 datenliefernden Standorte (9,3 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Es wurden von 43 Standorten Stellungnahmen angefordert und an die anderen Standorte Hinweise versandt sowie für einen Standort die Kategorie „Sonstiges“ als Maßnahme angegeben. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für ein Viertel (n = 11) der Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt, hingegen bei 31 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert und bei einem Standort die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Von zwei LQS wird berichtet, dass Komplikationsdokumentationen bei Entlassung nicht entsprechend auch im QS-Bogen angegeben worden sein, wie beispielsweise eine postinfektiöse, posttraumatische Gonarthrose des linken Kniegelenkes mit anamnestischem Nachweis von Staphylococcus epidermidis.

AK-ID 850336 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

10 der 215 datenliefernden Standorte (4,6 %) waren im AK *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation* rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Es wurden von 8 Standorten Stellungnahmen angefordert, für die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs die Dokumentation bei 2 Standorten als korrekt und bei 6 Standorten als fehlerhaft bewertet wurde. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

Eine LQS vermerkte, dass die Abweichungen durch Einzelfälle erklärbar gewesen seien. Eine weitere LQS berichtet über vorliegende Fehldokumentationen, da z. B. eine vorliegende Fissur nicht kodiert wurde.

Tabelle 27: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul KEP

	850305	850306	850307	850336
Anzahl datenliefernder Standorte	1.072	1.062	560	215
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	17	52	10
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	4	3	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	1	1	1
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	0	3	8	2
Stellungnahmen angefordert	3	14	43	8
Sonstiges			1	
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	1	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	1	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	9	11	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	3	5	31	6
Sonstiges [S91, S99]	0	0	2	0

	850305	850306	850307	850336
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	1	0	1
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0

AK-ID 850305 = Angabe von ASA 5

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

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

AK-ID 850336 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

5.1.12 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)

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

Hinsichtlich einer *häufigen Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“* wurden 61 der 1.744 datenliefernden Standorte (3,5 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 16 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 3 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Insgesamt wurden nur an 4 Standorte Hinweise verschickt und von 57 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 10 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden und bei 42 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Davon dokumentierten 9 Standorte bereits im Vorjahr (EJ 2017) und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft. Für die übrigen 5 Standorte erfolgte die Bewertung „Sonstiges“. Als weiterer führende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Besprechung abgehalten und mit 5 Standorten eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 851805 = Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik [neu zu EJ 2018]

19 der 1.744 datenliefernden Standorte (1,1 %) wurden hinsichtlich des AK *Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik* rechnerisch auffällig. Es wurden bei einem Standort keine Maßnahme getroffen sowie für einen Standort die Kategorie „Sonstiges“ als Maßnahme angegeben, an 14 Standorte ein Hinweis verschickt und von 3 Standorten eine Stellungnahme angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für einen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für 2 Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

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

Hinsichtlich einer *häufigen Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)* wurden 69 der 1.744 datenliefernden Standorte (3,9 %) rechnerisch auffällig, von denen 14 Standorte bereits im Vorjahr (EJ 2017) und 3 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig waren. Es wurde nur an einen Standort ein Hinweis verschickt und von 68 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde nur für 3 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für einen Standort die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Bei 64 Standorten wurde hingegen eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt, von welchen 10 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft dokumentiert hatten. Als weiterführende Maßnahme wurden mit jeweils 2 Standorten Besprechungen und Begehungen durchgeführt. Mit weiteren 10 Standorten wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen.

AK-ID 850362 = Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung [entfällt zukünftig]

Von 628 datenliefernden Standorten wurden 6 Standorte (0,9 %) hinsichtlich einer *kurzen Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung* rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Vorjahr (EJ 2017) und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Von 5 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert und im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für alle fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Besprechung durchgeführt und mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Tabelle 28: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul DEK

	850361	851805	850359	850362
Anzahl datenliefernder Standorte	1.744	1.744	1.744	628
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	61	19	69	6
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	16	0	14	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	3	0	3	1
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	1	0	0
Hinweise verschickt	4	14	1	1
Stellungnahmen angefordert	57	3	68	5
Sonstiges		1		

	850361	851805	850359	850362
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	1	0	2	1
Begehung	0	0	2	0
Zielvereinbarung	5	0	10	1
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	10	0	3	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	42	1	64	5
Sonstiges [S91, S99]	5	3	1	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	9	0	10	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	1	0

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

AK-ID 851805 = Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

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

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

5.1.13 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

AK-ID 811822 = Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

65 der 1.441 datenliefernden Standorte (4,5 %) wurden hinsichtlich einer *häufigen Angabe von chronischer Bettlägerigkeit* rechnerisch auffällig. Von diesen Standorten waren 20 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 12 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Von 60 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert, die in etwas mehr als der Hälfte (n = 35) im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als korrekt dokumentiert eingestuft wurden. Bei 24 Standorten war die Dokumentation hingegen fehlerhaft, wovon 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft dokumentierten. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Als weiterführende Maßnahmen wurde mit 3 Standorten eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Eine LQS meldet als Begründung für die fehlerhafte Dokumentation, dass meist der Wortlaut des entsprechenden Datenfeldes (*Patient kann unabhängig von der akuten Erkrankung bereits vor der Krankenhauseinweisung nicht mehr – auch nicht mit Hilfe – aufstehen*) nicht beachtet worden sei oder die Angabe zur *Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung* irrtümlich nicht mit

„ja“ ausgefüllt wurde. Eine weitere LQS vermerkte, dass ein Standort die Bettlägerigkeit mit chronisch bettlägerigen Patientinnen und Patienten aus Pflegeheimen oder anderen Krankenhäusern bzw. der Häuslichkeit mit 24-h-Pflege begründete. Ebenso wird von einer LQS berichtet, dass es sich bei den rechnerisch auffälligen Standorten um Krankenhäuser im ländlichen Raum mit überalterter Bevölkerung handelte und sich die bettlägerigen Patientinnen und Patienten gehäuft aus familiär pflegenden Haushalten oder stationären Pflegeeinrichtungen ergaben.

AK-ID 811825 = Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
Hinsichtlich des AK *Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“* wurden 35 der 1.427 datenliefernden Standorte (2,4 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 5 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An 11 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 24 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 16 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 8 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Einer dieser Standorte dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

AK-ID 811821 = Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde [entfällt zukünftig]
18 der 1.455 Standorte (1,2 %), die Daten zum AK *Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Davon waren 4 Standorte bereits im Vorjahr (EJ 2017) und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Bei einem Standort wurden keine Maßnahmen ergriffen und von den übrigen 17 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für die Mehrheit der Standorte (n = 14) eine korrekte Dokumentation bestätigt. Bei 2 Standorten wurde die Dokumentation als fehlerhaft bewertet und bei einem weiteren Standort mit „Sonstiges“. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 811826 = Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
Bezüglich der *häufigen Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“* wurden 37 der 1.427 datenliefernden Standorte (2,6 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 12 Standorte im Erfassungsjahr 2017 und 3 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. An 12 Standorte wurden Hinweise verschickt und von den anderen 25 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 13 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 12 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Von den fehlerhaft dokumentierenden Standorten waren dies 3 Standorte bereits im Vorjahr (EJ 2017) und ein Standort bereits seit 2016. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Besprechung durchgeführt und mit 2 Standorten eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Nach Angaben einer LQS bestand bei einem Standort nach Bewertung des Fachausschusses eine Häufung der Fälle von Patientinnen und Patienten mit einer Tachypnoe und die Vermutung einer systematischen Fehlerfassung der Atemfrequenz. Eine weitere LQS vermerkte, dass nach Angaben eines Standortes dieser bei Tachypnoe den Wert nur schätzen würde.

AK-ID 811827 = Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie [entfällt zukünftig]

5 der 1.455 Standorte (0,3 %), die Daten bezüglich einer *häufigen Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie* lieferten, wurden rechnerisch auffällig, von denen 2 Standorte um eine Stellungnahme gebeten wurden. Für beide Standorte wurde im Ergebnis eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

Tabelle 29: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNEU

	811822	811825	811821	811826	811827
Anzahl datenliefernder Standorte	1.441	1.427	1.455	1.427	1.455
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	65	35	18	37	5
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	20	5	4	12	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	12	0	1	3	0
Maßnahmen					
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	1	0	0
Hinweise verschickt	5	11	0	12	3
Stellungnahmen angefordert	60	24	17	25	2
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung	0	0	0	1	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	3	0	1	2	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	35	16	14	13	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	24	8	2	12	2
Sonstiges [S91, S99]	1	0	1	0	0

	811822	811825	811821	811826	811827
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	3	1	0	3	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	2	0	0	1	0

AK-ID 811822 = Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

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

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

AK-ID 811826 = Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

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

Direkte QS-Verfahren

Die Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren sind in folgender Abbildung 16 und Abbildung 17 dargestellt.

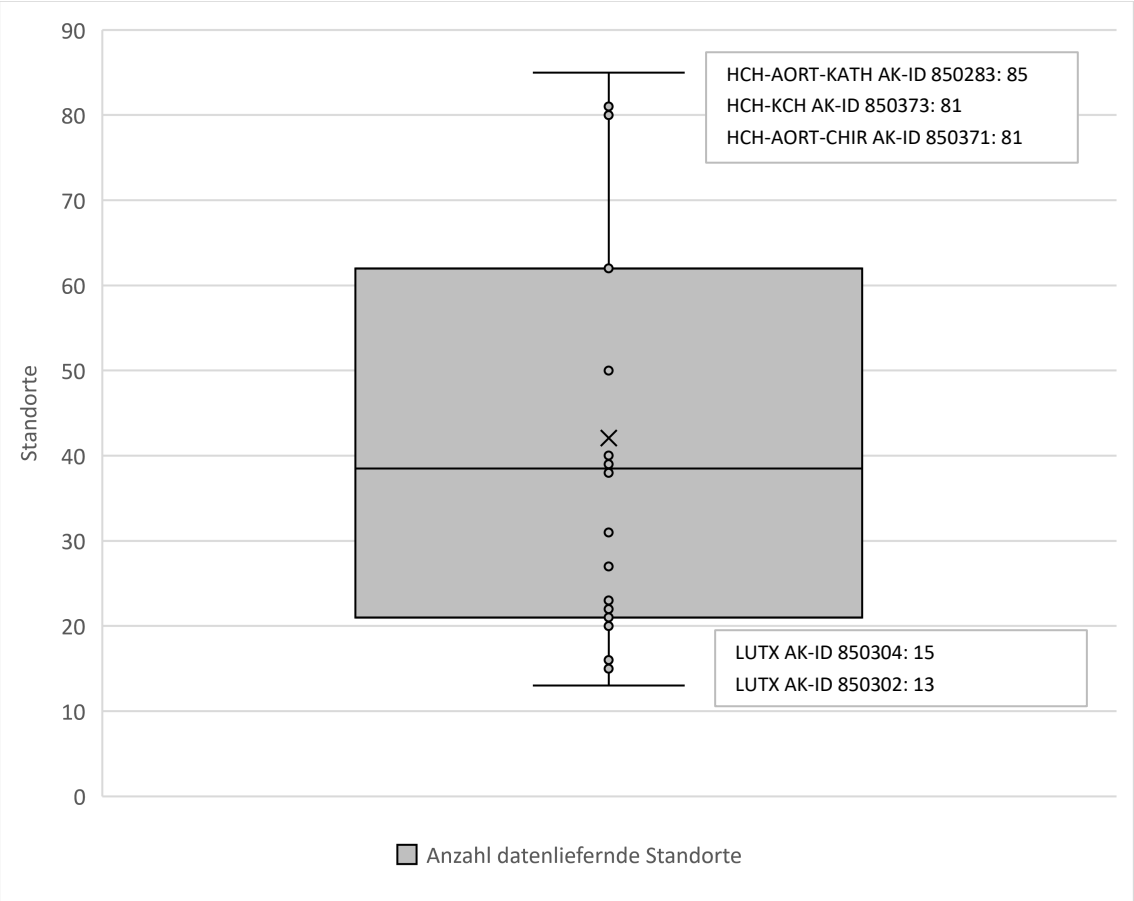

Abbildung 16: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2018

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass die Anzahl der datenliefernden Standorte über die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren so verteilt ist, dass zu einigen Auffälligkeitskriterien überdurchschnittlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit bei den direkten QS-Verfahren 42,1 Standorte Daten geliefert. Im Vergleich lieferten durchschnittlich 835 Standorte Daten zu einem AK zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Standort auch Daten zu mehreren AKs liefern kann. Das Minimum liegt bei 13 datenliefernden Standorten (AK-ID 850302; LUTX) und das Maximum bei 85 (AK-ID 850283; HCH-AORT-KATH). Für mindestens 50 % der AKs lieferten 38,5 Standorte Daten und für mindestens 75 % der AKs lieferten 62 Standorte Daten.

Für die direkten Verfahren wurden 24 AKs überprüft und 45 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt bestanden 3 rechnerische Auffälligkeiten bereits im Vorjahr (EJ 2017) und eine

bereits im Vorvorjahr (EJ 2016). Bei allen Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Es erfolgten keine weiteren Maßnahmen wie Besprechungen, Begehungen oder Zielvereinbarungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 14-mal (31,1 %) als korrekt [U30, U99] und 31-mal (68,9 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft.

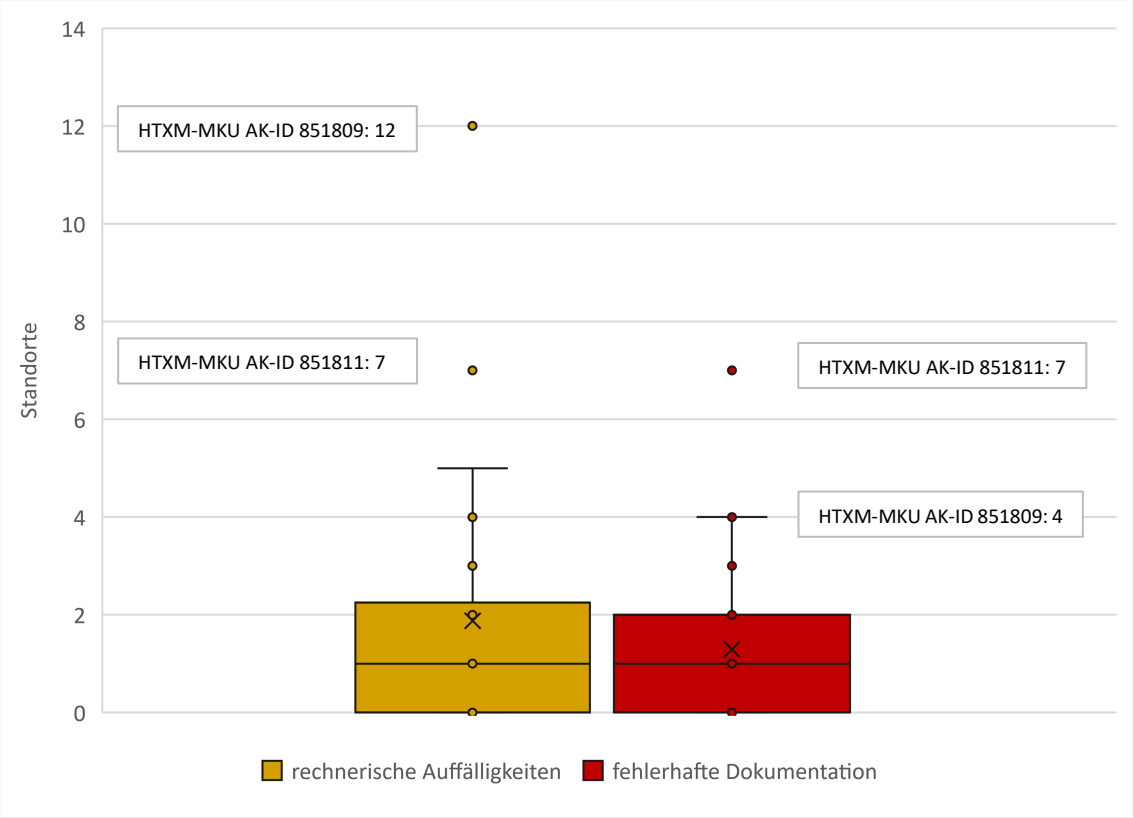

Abbildung 17: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2018

Abbildung 17 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der auffällig gewordenen Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel sind 1,88 von 45 Standorten der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren rechnerisch auffällig gewesen. Für mindestens ein Viertel der AKs waren keine Standorte, für mindestens die Hälfte war ein Standort und für mindestens drei Viertel waren 2,25 Standorte rechnerisch auffällig. Von 31 Standorten mit fehlerhafter Dokumentation unter allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren wiesen minimal kein Standort und maximal 7 Standorte fehlerhafte Dokumentationen zu einem Auffälligkeitskriterium auf. Für mindestens die Hälfte der AKs hatten ein Standort und für mindestens drei Viertel der AKs hatten 2 Standorte fehlerhaft dokumentiert.

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen einzuordnen, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Standorten bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen gesetzt. Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium

zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren ist in folgendem Säulendiagramm (Abbildung 18) abgebildet.

Im Vergleich zu allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren hatten Standorte im Auswertungsmodul HTXM-MKU hinsichtlich der vier für das Erfassungsjahr 2018 erstmals angewendeten neuen AKs (851807: „Angabe von VA-ECMO bei Systemart“, 851809: „Häufige Angabe von "nicht bestimmbar" bei Indikationskriterien“, 851810: „Häufige Systemwechsel und-ergänzungen“, 851811: „Inkonsistente Zielstellung und Einsatzdauer“) die höchsten Anteile von rechnerischen Auffälligkeiten an den jeweiligen datenliefernden Standorten. Auch wenn die absoluten rechnerischen Auffälligkeiten zwischen 1 bis 12 Standorten lagen und damit nicht häufig erscheinen, bilden sie relativ jeweils zwischen 2,5 % bis 19,4 % der datenliefernden Standorte ab (Abbildung 18). Hervorzuheben ist aber, dass es im Auswertungsmodul PNTX-D – so wie bereits im Vorjahr – und auch für LUTX keine rechnerisch auffälligen Standorte in den jeweiligen AKs gegeben hat.

In Abbildung 19 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. In dieser Darstellung würde die Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen den Hinweisen entsprechen, jedoch wurde, anders als bei den indirekten QS-Verfahren, in keinem Auswertungsmodul ein Hinweis verschickt.

Von 24 AKs lagen für 11 AKs keine rechnerischen Auffälligkeiten vor, sodass keine Maßnahmen getroffen werden mussten. Bei den weiteren 13 AKs lagen rechnerische Auffälligkeiten vor, sodass ein Strukturierter Dialog geführt wurde. Für 7 AKs wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt. Im Bereich *Herzchirurgie* trifft dies für AK 813165 in HCH-KCH, AKs 850353 und 850283 in HCH-AORT-KATH sowie AK 850374 in HCH-KOMB zu. Im Bereich *Transplantationsmedizin* trifft dies für AK 850293 in HTXM-TX, AK 851811 in HTXM-MKU und AK 850301 in LTX zu.

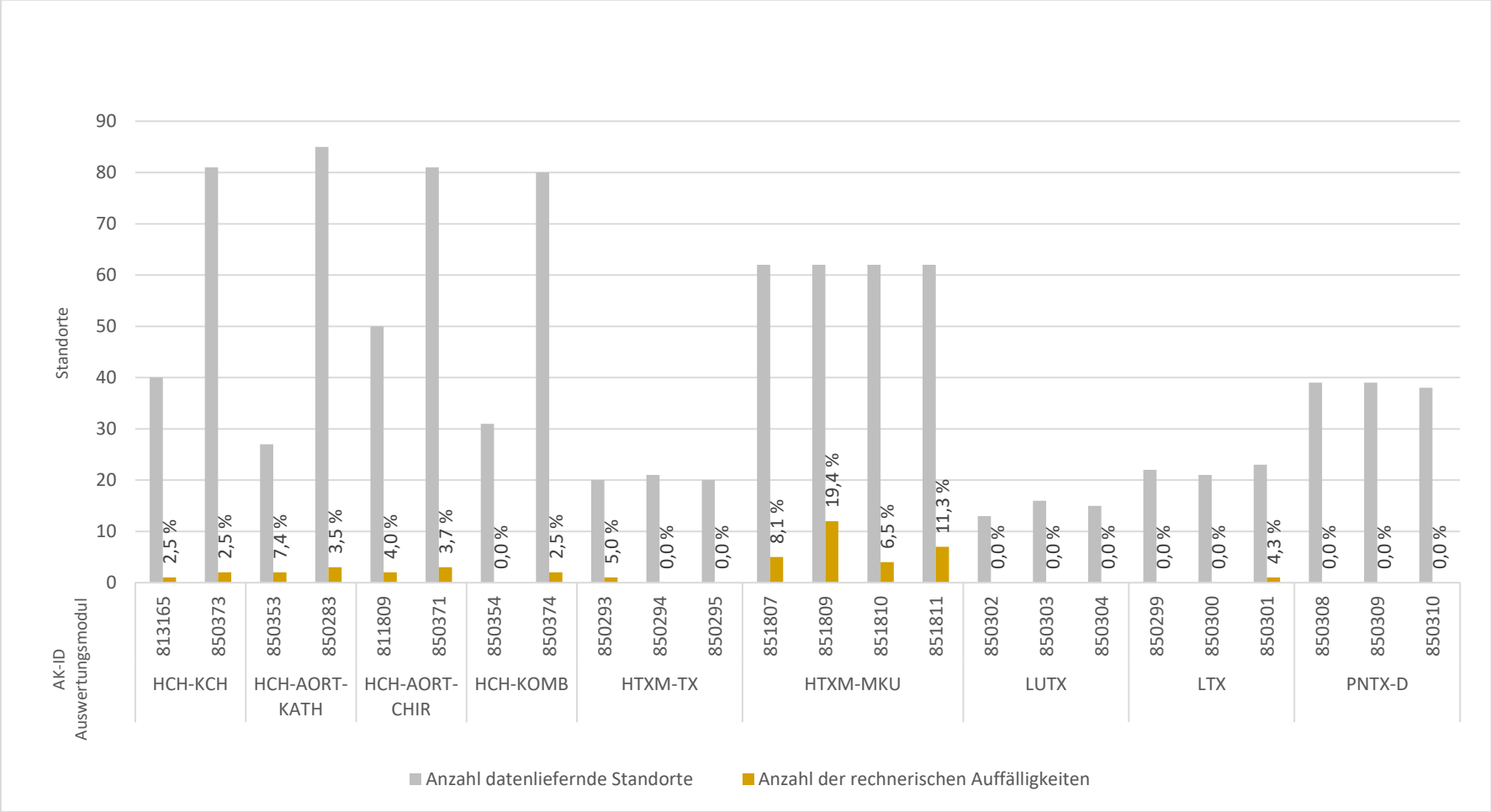

Abbildung 18: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2018

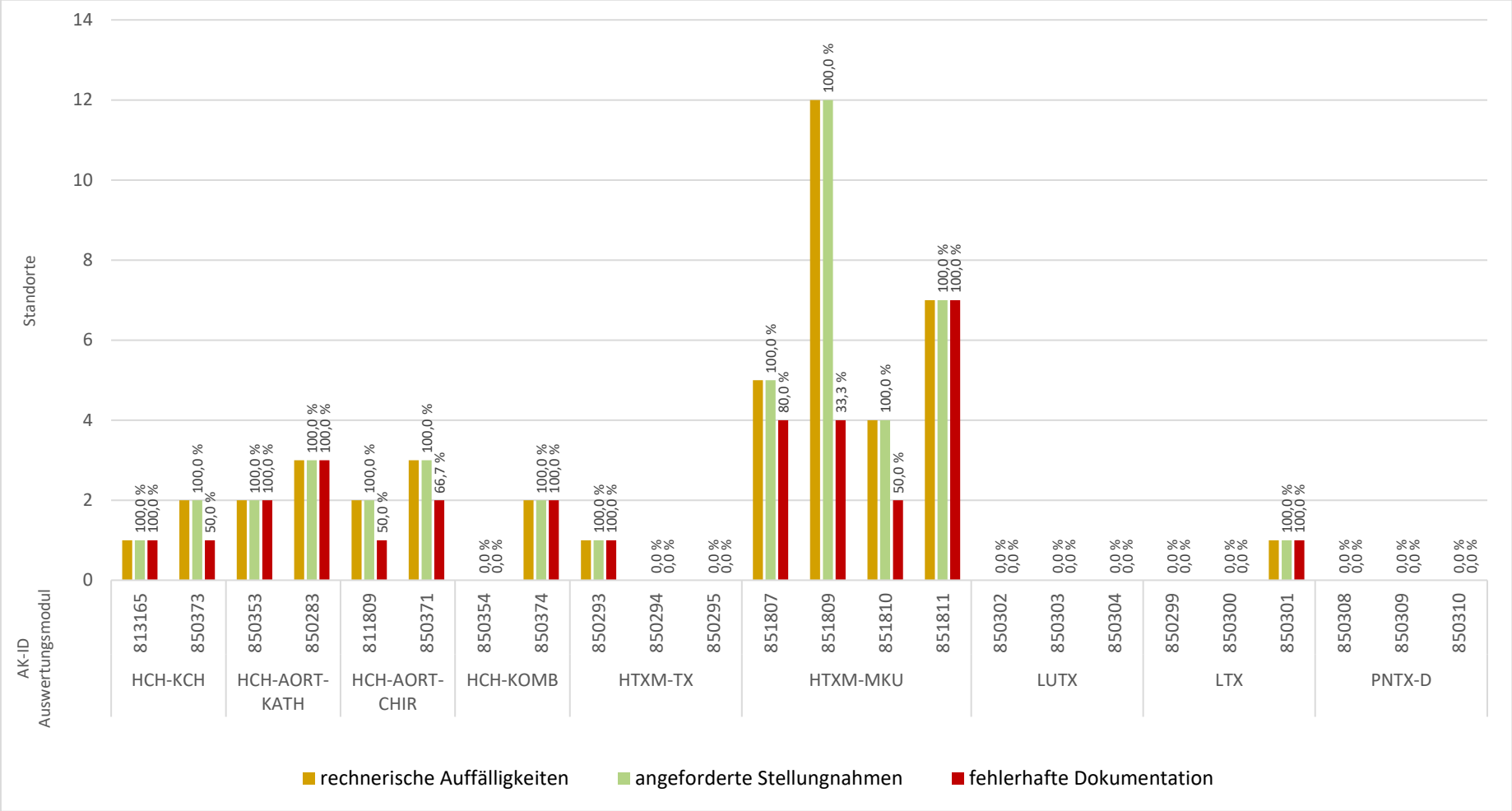

Abbildung 19: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2018

In Tabelle 30 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten fehlerhaften Dokumentationen zu den Ergebnissen der Erfassungsjahre 2017 und 2016 abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Von den 24 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten Verfahren ist es bei 2 AKs vorgekommen, dass Standorte wiederholt rechnerisch auffällig waren. In einem Auffälligkeitskriterium erfolgten wiederholte rechnerische Auffälligkeiten nicht nur zum Vorjahr (EJ 2017), sondern auch zum Vorvorjahr (EJ 2016). Ebenfalls wurde in diesem Auffälligkeitskriterium wiederholt fehlerhaft dokumentiert (Tabelle 30).

Tabelle 30: Alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren, die wiederholte rechnerische Auffälligkeiten und wiederholte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen

		rechnerische Auffälligkeiten			fehlerhafte Dokumentation		
Auswertungsmodul	**AK-ID**	**EJ 2018**	**EJ 2018 und 2017**	**EJ 2018, 2017 und 2016**	**EJ 2018**	**EJ 2018 und 2017**	**EJ 2018, 2017 und 2016**
HCH-AORT-KATH	850283	3	1	1	3	1	0
HCH-AORT-CHIR	811809	2	2	0	1	0	0
Gesamt	**-**	**5**	**3**	**1**	**4**	**1**	**0**

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren je Auswertungsmodul beschrieben.

Herzchirurgie

In allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen der Herzchirurgie bestand jeweils das AK *Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“.* Insgesamt waren 5 Standorte rechnerisch auffällig, von denen 4 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation bestätigten. Dies bedeutet, dass diese Operationen nicht als *sonstige Operation* im Sinne der Ausfüllhinweise gelten, sondern als dokumentationspflichtige Operation der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens sowie der zugehörigen Qualitätsindikatoren zuzurechnen sind. In den auffälligen Fällen wurde geprüft, ob diese Zurechnung der Fälle im Zähler des entsprechenden Qualitätsindikators zur Sterblichkeit zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis für den jeweiligen Krankenhausstandort geführt hätte, was sich jedoch nicht bestätigte.

Die Bundesfachgruppe hatte empfohlen, das Datenfeld *sonstige OP* zu streichen, was bei der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2019 berücksichtigt wurde. Behandlungsfälle, die tatsächlich nicht Bestandteil der externen Qualitätssicherung sein sollten, können auch über die entsprechenden Ausschlussprozeduren im QS-Filter zuverlässig ermittelt werden. Folglich können alle verstorbenen Patientinnen und Patienten über die jeweiligen Qualitätsindikatoren betrachtet

werden. Hierdurch entfallen auch alle Auffälligkeitskriterien, die das Datenfeld *sonstige OP* einbeziehen zum Erfassungsjahr 2019. Die Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2018 werden nachfolgend somit letztmals aufgeführt.

In allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen der Herzchirurgie bestand ein AK *Ungewöhnlich hohes Risikoprofil.* In der Herzchirurgie werden in allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen mithilfe der AKs „Ungewöhnlich hohes Risikoprofil“ 10 % der Standorte mit den höchsten Patientenrisikoprofilen rechnerisch auffällig und im Strukturierten Dialog überprüft.

Die betroffenen Standorte werden zur Übermittlung von allen dokumentierten Risikofaktoren in der Patientenakte von 10 zufällig bestimmten Patientinnen und Patienten gebeten. Im IQTIG erfolgt anschließend der Abgleich mit den zuvor im Rahmen der QS-Datenübermittlung gelieferten Daten. Es zeigten sich einige Fehldokumentationen. Darüber hinaus wurden diese Abweichungen der Krankenhausstandorte vom IQTIG auf Hinweise geprüft, ob es sich hier um ein systematisches Vorgehen im Sinne einer Manipulation der Risikoadjustierung zum eigenen Vorteil der Krankenhausstandorte handelte. Solche Hinweise fanden sich nicht, sodass hier vermutlich klassische Fehldokumentationen im Sinne von Eingabe- oder Übertragungsfehlern aufgetreten sind.

Insgesamt waren im Verfahrensgebiet *Herzchirurgie* von allen überprüften AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit 15 Standorte rechnerisch auffällig, von denen 12 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation bestätigten.

5.1.14 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

AK-ID 813165 = Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“ [entfällt zukünftig]
Von 40 Standorten, die Daten zu *Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“* lieferten, wurde ein Standort (2,5 %) rechnerisch auffällig und eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

AK-ID 850373 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Hinsichtlich eines *ungewöhnlich hohen Risikoprofil*s waren 2 (2,5 %) der 81 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog wurde eine fehlerhafte Dokumentation an einem der beiden rechnerisch auffälligen Standorte identifiziert und für den zweiten Standort die korrekte Dokumentation bestätigt.

Tabelle 31: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KCH

	813165	850373
Anzahl datenliefernder Standorte	40	81
Rechnerische Auffälligkeiten		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0

	813165	850373
Maßnahmen		
Hinweise verschickt	0	0
Stellungnahmen angefordert	1	2
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0

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

AK-ID 850373 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

5.1.15 Aortenklappenchirurgie, isoliert

5.1.15.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) (HCH-AORT-KATH)

AK-ID 850353 = Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“ [entfällt zukünftig]
Von 27 Standorten, die Daten zu *Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“* sendeten, wiesen 2 Standorte (7,4 %) rechnerische Auffälligkeiten auf. Durch den Strukturierten Dialog wurde bei beiden rechnerisch auffälligen Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

AK-ID 850283 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Hinsichtlich eines *ungewöhnlich hohen Risikoprofils* wurden 3 der 85 datenliefernden Standorte (3,5 %) rechnerisch auffällig. Einer der Standorte ist bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Im Strukturierten Dialog wurden bei allen 3 rechnerisch auffälligen Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert und für einen dieser Standorte eine wiederholt fehlerhafte Dokumentation. Bei diesem Standort handelt es sich um einen ohne eigene herzchirurgische Abteilung, der nur notfallmäßig wenige Patientinnen und Patienten versorgt hat. Dies erklärt zum größten Teil das hohe Risikoprofil der Patientinnen und Patienten. Das Krankenhaus

wurde wiederholt auf die Notwendigkeit der Einhaltung der Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL)[10] hinsichtlich der geforderten Strukturvorgaben für die Durchführung von kathetergestützten Aortenklappeneingriffen hingewiesen.

Tabelle 32: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH

	850353	**850283**
Anzahl datenliefernder Standorte	27	85
Rechnerische Auffälligkeiten		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	1
Maßnahmen		
Hinweise verschickt	0	0
Stellungnahmen angefordert	2	3
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2	3
Sonstiges [S91, S99]	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	1
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0

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

AK-ID 850283 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

[10] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschussesüber Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionengemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 20. März 2020, in Kraft getreten am 20. März 2020. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/84/ (abgerufen am: 02.06.2020).

5.1.15.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) (HCH-AORT-CHIR)

AK-ID 811809 = Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“ [entfällt zukünftig]

Von 50 Standorten, die Daten zu *Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“* lieferten, wurden 2 Standorte (4,0 %) rechnerisch auffällig. Beide Standorte waren bereits im Vorjahr (EJ 2017) rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog wurde bei einem Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert und bei dem zweiten Standort die korrekte Dokumentation bestätigt.

AK-ID 850371 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Hinsichtlich eines *ungewöhnlich hohen Risikoprofils* waren 3 (3,7 %) der 81 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig. Bei einem rechnerisch auffälligen Standort wurde nach dem Strukturierten Dialog die korrekte Dokumentation bestätigt. Für die anderen zwei Standorte wurden fehlerhafte Dokumentationen identifiziert.

Tabelle 33: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-CHIR

	811809	850371
Anzahl datenliefernder Standorte	50	81
Rechnerische Auffälligkeiten		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	2	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0
Maßnahmen		
Hinweise verschickt	0	0
Stellungnahmen angefordert	2	3
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	2
Sonstiges [S91, S99]	0	0

	811809	850371
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0

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

AK-ID 850371 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

5.1.16 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB)

AK-ID 850354 = Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation” [entfällt zukünftig]
Von 31 Standorten, die Daten zu *Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“* lieferten, wies kein Standort rechnerische Auffälligkeiten auf.

AK-ID 850374 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Hinsichtlich eines *ungewöhnlich hohen Risikoprofils* waren 2 (2,5 %) der 80 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig. Beide rechnerischen Auffälligkeiten wurden nach dem Strukturierten Dialog als fehlerhafte Dokumentation eingestuft.

Tabelle 34: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KOMB

	850354	850374
Anzahl datenliefernder Standorte	31	80
Rechnerische Auffälligkeiten		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0
Maßnahmen		
Hinweise verschickt	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	2
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0

	850354	850374
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	2
Sonstiges [S91, S99]	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0

AK-ID 850354 = Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation"

AK-ID 850374 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Transplantationsmedizin

Insgesamt waren im Verfahrensgebiet *Transplantationsmedizin* von allen überprüften Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 30 Standorte rechnerisch auffällig, von denen 19 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation im Strukturierten Dialog bestätigten. Für 9 Standorte wurde im Strukturierten Dialog eine korrekte Dokumentation bestätigt und 2 Standorte, bei welchen ein ungelöstes Kodierproblem vorlag, wurden mit einer U99 bewertet.

Die vier im Auswertungsmodul HTXM-MKU für das Erfassungsjahr 2018 erstmals angewendeten neuen Auffälligkeitskriterien wiesen die höchsten Anteile von rechnerischen Auffälligkeiten an den jeweiligen datenliefernden Standorten auf und zeigten ebenfalls viele Fehldokumentationen. Insbesondere das AK *Inkonsistente Zielstellung und Einsatzdauer* (AK-ID 851811) hatte zu 100 % fehlerhafte Dokumentationen, die zum großen Teil auf die Angaben zur Einsatzdauer zurückgehen. Da der zum Datenfeld *geplante Einsatzdauer* relevante Indikationsindikator abgeschafft wurde und das Datenfeld aktuell in keinem Indikator verwendet wird, wurde auch das Auffälligkeitskriterium zu Erfassungsjahr 2019 gestrichen.

Ebenfalls ist das AK *Häufige Angabe von "nicht bestimmbar" bei Indikationskriterien* (AK-ID 851809) ab dem Erfassungsjahr 2019 nicht mehr relevant, da im Strukturierten Dialog eine nachvollziehbare Angabe des Patientenkollektivs festgestellt wurde (es bestätigt sich eine „Nicht-Bestimmbarkeit" von ehemaligen Indikationskriterien) und inzwischen ebenfalls keine QI-Relevanz mehr besteht.

5.1.17 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

5.1.17.1 Herztransplantation (HTXM-TX)

AK-ID 850293 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
Hinsichtlich einer *häufigen Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up* wurde einer der 20 datenliefernden Standorte (5 %) rechnerisch auffällig. Durch die angeforderte Stellungnahme wurde eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

AK-ID 850294 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
Von 21 Standorten, die Daten zur *häufigen Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up* übermittelten, wies kein Standort rechnerische Auffälligkeiten auf.

AK-ID 850295 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Ebenso wiesen die 20 datenliefernden Standorte zur *häufigen Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up* keine rechnerischen Auffälligkeiten auf.

Tabelle 35: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX

	850293	850294	850295
Anzahl datenliefernder Standorte	20	21	20
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	1	0	0
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0

	850293	850294	850295
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850293 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850294 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850295 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

5.1.17.2 Herzunterstützungssysteme (HTX-MKU)

AK-ID 851807 = Angabe von VA-ECMO bei Systemart [neu zu EJ 2018]
Von 62 datenliefernden Standorten wurden 5 Standorte (8,1 %) zur *Angabe von VA-ECMO bei Systemart* rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde die korrekte Dokumentation für einen Standort bestätigt und bei 4 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert.

AK-ID 851809 = Häufige Angabe von "nicht bestimmbar" bei Indikationskriterien [neu zu EJ 2018, entfällt aber zukünftig wieder]
Hinsichtlich der *häufigen Angabe von "nicht bestimmbar" bei Indikationskriterien* wurden 12 der 62 datenliefernden Standorte (19,3 %) rechnerisch auffällig. Nach 12 angeforderten Stellungnahmen wurden für 8 Standorte korrekte Dokumentationen bestätigt und bei 4 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

AK-ID 851810 = Häufige Systemwechsel und -ergänzungen [neu zu EJ 2018]
Von 62 Standorten, die Daten zu *Häufige Systemwechsel und -ergänzungen* lieferten, waren 4 Standorte (6,5 %) rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog wurde für 2 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 2 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

AK-ID 851811 = Inkonsistente Zielstellung und Einsatzdauer [neu zu EJ 2018, entfällt aber zukünftig wieder]
7 der 62 datenliefernden Standorte wiesen rechnerische Auffälligkeiten (11,3 %) hinsichtlich einer *inkonsistenten Zielstellung und Einsatzdauer* auf. Nach durchgeführtem Strukturierten Dialog wurde bei 7 rechnerisch auffälligen Standorten die Dokumentation als fehlerhaft eingestuft.

Tabelle 36: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTX-MKU

	851807	851809	851810	851811
Anzahl datenliefernder Standorte	62	62	62	62
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	5	12	4	7
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	5	12	4	7
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	8	2	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	4	4	2	7
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0

AK-ID 851807 = Angabe von VA-ECMO bei Systemart

AK-ID 851809 = Häufige Angabe von "nicht bestimmbar" bei Indikationskriterien

AK-ID 851810 = Häufige Systemwechsel und -ergänzungen

AK-ID 851811 = Inkonsistente Zielstellung und Einsatzdauer

5.1.18 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

Im Auswertungsmodul LUTX wiesen keine der datenliefernden Standorte rechnerische Auffälligkeiten in einer *häufigen Angabe eines unbekannten Überlebensstatus* weder im *1-Jahres-Follow-up* und im *2-Jahres-Follow-up* noch im *3-Jahres-Follow-up* auf.

Tabelle 37: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LUTX

	850302	850303	850304
Anzahl datenliefernder Standorte	13	16	15
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	0
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850302 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850303 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850304 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

5.1.19 Lebertransplantation (LTX)

AK-ID 850299 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
Von den 22 datenliefernden Standorten wies keiner eine rechnerische Auffälligkeit in der *häufigen Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up* auf.

AK-ID 850300 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
Zur *häufigen Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up* wies ebenfalls keiner der 21 datenliefernden Standorte eine rechnerische Auffälligkeit auf.

AK-ID 850301 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Von 23 Standorten, die Daten zur *häufigen Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up* lieferten, wurde ein Standort (4,3 %) rechnerisch auffällig. Durch die Stellungnahme wurde eine fehlerhafte Dokumentation an diesem Standort identifiziert.

Tabelle 38: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LTX

	850299	850300	850301
Anzahl datenliefernder Standorte	22	21	23
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	1
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0

	850299	850300	850301
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850299 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850300 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850301 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

5.1.20 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)

Im Auswertungsmodul PNTX-D wiesen keine der datenliefernden Standorte rechnerische Auffälligkeiten in einer *häufigen Angabe eines unbekannten Überlebensstatus,* weder im *1-Jahres-Follow-up* und im *2-Jahres-Follow-up* noch im *3-Jahres-Follow-up* auf.

Tabelle 39: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNTX-D

	850308	850309	850310
Anzahl datenliefernder Standorte	39	39	38
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	0
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0

	850308	850309	850310
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850308 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850309 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850310 = Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

5.2 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Zum Erfassungsjahr 2018 wurden 8 indirekte und 4 direkte QS-Verfahrensgebiete mithilfe von 107 verfahrensbezogenen Auffälligkeitskriterien geprüft. Darunter fallen 21 QS-Verfahren so, dass für 26 Auswertungsmodule die Ergebnisse dargestellt werden, da für alle Auswertungsmodule Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit vorhanden sind. Für alle QS-Verfahren liegen zur Vollzähligkeit insgesamt 70.405 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien vor, welche sich daraus ergeben, dass ein Standort auch zu mehreren Auffälligkeitskriterien Daten liefern kann.

Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2018 wurden bei der Überprüfung der 107 Auffälligkeitskriterien insgesamt 851 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von 1,2 % an allen rechnerischen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien. Für die indirekten QS-Verfahren wurden 66 Auffälligkeitskriterien überprüft und 704 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Bei den direkten QS-Verfahren waren es 41 Auffälligkeitskriterien und 147 rechnerische Auffälligkeiten. Insgesamt lagen 191 (22,4 %) rechnerische Auffälligkeiten bereits im Erfassungsjahr 2017 und 40 (4,7 %) bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 vor.

Für 851 rechnerischen Auffälligkeiten wurde an 454 Standorten ein Strukturierter Dialog geführt. Es wurden insgesamt 292 (34,3 %) Hinweise verschickt (indirekte QS-Verfahren: n = 241, direkte QS-Verfahren n = 51) und von 553 Standorten (65,0 %) Stellungnahmen angefordert (indirekte QS-Verfahren: n = 457, direkte QS-Verfahren: n = 96). Insgesamt 6-mal wurden keine Maßnahmen ergriffen.

Ausgehend von 553 Stellungnahmen erfolgten 5 (0,9 %) Besprechungen und 12 (2,2 %) Zielvereinbarungen, aber keine Begehungen zur Optimierung der Dokumentationsqualität. Allesamt erfolgten für Auffälligkeitskriterien der indirekten QS-Verfahren. Die Dokumentation wurde nach dem Strukturiertem Dialog 96-mal (17,4 %) als korrekt [U30, U99] und von 428-mal (77,4 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] zurückgemeldet. Insgesamt 29-mal (5,2 %) erfolgte die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99]. Von 428 fehlerhaft festgestellten Dokumentation waren 60 (14,0 %) bereits im Erfassungsjahr 2017 und 14 (3,3 %) bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft.

Es lassen sich grundsätzlich 4 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit unterscheiden:

1. Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation, zzgl. den Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation in Zählleistungsbereichen und der Unterdokumentation von Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Patientinnen und -Patienten)
2. Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation
3. Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz (MDS)
4. Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate im Follow-up

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation werden in allen QS-Verfahren geprüft. Die Referenzbereiche für diese Auffälligkeitskriterien liegen bei ≥ 95,0 % (Unterdokumentation) und bei ≤ 110,0 % (Überdokumentation). In den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren liegt der Referenzbereich für das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation bei ≥ 100,0 %.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten werden in den Auswertungsmodulen HEP, KEP, Herzschrittmacherversorgung und implantierbare Defibrillatoren (09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV 09n4-DEFI-IMPL, 09n5-DEFI-AGGW, 09n6-DEFI-REV) geprüft. Mit diesem Auffälligkeitskriterium wird begutachtet, ob alle Datensätze zu GKV-Patientinnen und Patienten vollständig und plausibel sind. Für nicht angegebene Fälle kann kein Pseudonym für Patientinnen und Patienten gebildet werden, sodass diese Fälle aus den Follow-up-Indikatoren herausfallen. Ein Krankenhausstandort wird rechnerisch auffällig, wenn mehr als 5 % seiner dokumentationspflichtigen GKV-Fälle nicht als solche zu identifizieren sind.

Die Auffälligkeitskriterien zum MDS wurden in allen QS-Verfahren mit Ausnahme der transplantationsmedizinischen QS-Verfahren angewandt. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 5,0 %, sodass bei Überschreitung eines Anteils von 5,0 % Minimaldatensätzen an den für ein QS-Verfahren gelieferten Datensätzen ein Krankenhausstandort rechnerisch auffällig wird.

Die Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate im Follow-up finden ausschließlich bei den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren Anwendung und prüfen, ob zu mindestens 95,0 % (Referenzbereich ≥ 95,0 %) der dokumentationspflichtigen Follow-up-Fälle ein vollständiger und plausibler Follow-up-Datensatz zum jeweils 1-Jahres-, 2-Jahres- und 3-Jahres-Follow-up vorliegt.

Hinweise auf Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten oder fehlerhafte Dokumentationen der indirekten QS-Verfahren werden auf Grundlage der „Länderberichte über die Umsetzung der Maßnahmen der QS für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser an den G-BA“ beschrieben. Für direkte QS-Verfahren wird mit diesem Ziel der Bericht über die „Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie des Datenvalidierungsverfahrens 2019“ (IQTIG 2020a) an den G-BA herangezogen. Aufgeführte Gründe für rechnerische Auffälligkeiten oder fehlerhafte Dokumentationen in der Vollzähligkeit werden im Folgenden für alle QS-Verfahren zusammengefasst beschrieben.

Übergreifende Gründe

Folgende Herausforderungen bzw. Gründe für rechnerische Auffälligkeiten und fehlerhafte Dokumentationen hinsichtlich der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden neben tatsächlichen Dokumentationsfehlern von den LQS angeführt. Die Abhängigkeit der Krankenhäuser von den verwendeten Softwareprodukten, die fehlerhafte Umsetzung der Spezifikation, ein nicht zufriedenstellender Support sowie späte Updates, Releases, Hotfixes, Patches etc. erschweren kurz vor Abgabeschluss den Verantwortlichen vor Ort oft die notwendige Endkontrolle und den Feinabgleich. Weiter wurden Probleme in der Zuständigkeit für die Dokumentation bei interdisziplinärer Behandlung und eine inkorrekte Standortzuordnung genannt, sowie Umrechnungsfehler, fehlende Kontrolle der Vollständigkeit (Plausi-Prüfung), ICD-Korrekturen bei der Änderung von Abrechnungsdaten, personelle Umstrukturierungen im Krankenhaus/Prozessprobleme durch mangelhafte Vertretungs- und Einarbeitungsregelung mit der Folge des Überschreitens der Datenabgabefrist, allgemeine Softwarefehler, Prozessfehler durch Umstrukturierungen (z. B. Fusionierung von Standorten und/oder Abteilungen), technische Probleme beim Abschluss der Dokumentation, ein Schnittstellenproblem zwischen QS-Filter-Auslösung und Datensatzanlage, individuelle Fehlleistungen bei der Erfassung von QS-Daten vor Ort und/oder beim Datenexport, Fehleinstellung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung sowie eine benutzerunfreundliche Software oder unbefriedigender Support durch den Hersteller.

Gründe zur Unterdokumentation

- Unkenntnis der Verpflichtung zur Teilnahme (Geburtshilfeklinik bzgl. NEO-Datensätzen)
- fehlerhafte Sollstatistik (falsch hohe Zahlen durch z. B. unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung)
- Kommunikationsprobleme/Organisationsverschulden zwischen Controlling (Sollstellung) und medizinischer Fachabteilung (Dokumentation) und Probleme bei der Festlegung der Dokumentationsverantwortlichkeit bei Verbringungsfällen
- Fallzusammenführung und ICD-Korrekturen
- inkorrekte Standortzuordnung und Überlieger, die nach Umstrukturierung der Standorte nicht korrekt zugeordnet werden können
- EDV- und Softwarewechsel

Vonseiten der LQS wurde eingebracht, dass der Strukturierte Dialog zur Unterdokumentation aufgrund der 100%-Dokumentationspflicht nicht sinnvoll sei, da bereits eine Sanktionierung gemäß § 24 QSKH-RL erfolge. Daher wurde eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums mit einem Referenzbereich von ≥ 95 % nicht als sinnvoll erachtet. Somit wurde die Thematik sowohl in der Projektgruppe Datenvalidierung als auch im G-BA beraten. Als Ergebnis der Beratungen werden alle Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation zum Erfassungsjahr 2019 abgeschafft und hier letztmalig berichtet. Eine Anhebung des Referenzbereichs auf ≥ 100 % hätte zwar inhaltlich mit § 24 QSKH-RL übereingestimmt, aber eine erhebliche Anhebung der rechnerischen Auffälligkeiten bedeutet und damit auch einen Mehraufwand bei den LQS. Aufgrund der Möglichkeit der Standorte, ein Unverschulden geltend zu machen, liegen somit auch weiterhin

Informationen vor, weshalb Unterdokumentationen stattfinden. Aufgrund der Veröffentlichung der Soll/Ist-Zahlen der Standorte wird die Unterdokumentation auch weiterhin transparent gemacht.

Gründe zur Unterdokumentation der Zählleistungsbereiche HEP/KEP

- fehlende Möglichkeit, bei Mehrfacheingriffen zum gleichen Leistungsbereich in einem Aufenthalt einen Soll-Ist-Abgleich auf Ebene der Unterbögen durchzuführen
- unterschiedliche Berechnungssystematik für Soll und Ist in den Zählleistungsbereichen: Soll ergibt sich aus den kodierten ICD- und OPS-Codes. Welchen Unterbogen der Dokumentierende anlegt, entscheidet er selbst durch die Auswahl Frakturversorgung, Erstimplantation oder Revision. Hierbei kann es durchaus zu Diskrepanzen kommen. Insbesondere periprothetische Frakturen, Inlay-Wechsel oder Prothesenimplantationen nach Versagen einer Osteosynthese bieten trotz bereits eingeführter Plausibilisierungshilfen weiterhin Anlass für Diskrepanzen
- Ersteingriff und Wechsel in einem Aufenthalt: QS-Filter löst nur den Ersteingriff aus (Orthopädie)
- Einführung von Zählleistungsbereichen, deren Soll zwar retrospektiv ausgewiesen, deren Dokumentationspflichtigkeit dem Dokumentierenden im Krankenhaus jedoch nicht immer prozessbegleitend angezeigt wurde

Gründe zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten

- PID-Felder von Patientinnen und Patienten, die im EU-Ausland wohnhaft und versichert waren, wurden nicht ausgefüllt, da keiner Versichertennummer bekannt war
- Softwareprobleme bzw. -wechsel und fehlerhafte Dokumentationen

Gründe zur Überdokumentation

- Softwareprobleme bzw. -wechsel und fehlerhafte Dokumentationen
- fehlerhafte Referenzwerte: falsch niedrige Zahlen durch z. B. unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS-Filters im Zusammenhang mit einer mangelnden Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung
- unterbleibende Stornierung bereits angelegter Datensätze:
  - für die später ein Ausschlusskriterium nach QS-Filter in die Daten von Patientinnen und Patienten eingepflegt wurde
  - Umkodierung nach Nichtbestätigung der zur Einweisung führenden Verdachtsdiagnose oder Fehlbelegungsprüfung durch den MDK
  - bei Fallzusammenführungen im Rahmen der DRG-Abrechnung

Gründe zum MDS

- Fehlinterpretation der Empfehlung zum MDS

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit auf AK-Ebene verfahrensbezogen dargestellt, gegliedert nach indirekten und direkten QS-Verfahren.

Die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte, (wiederholte) rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen, weiterführende Maßnahmen, Bewertungen nach Strukturiertem Dialog und wiederholte Auffälligkeiten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul in einer Tabelle dargestellt. Zu Beginn wird ein Überblick über die Verteilung der datenliefernden Standorte, der rechnerischen Auffälligkeiten sowie der fehlerhaften Dokumentation für die Auffälligkeitskriterien der indirekten bzw. direkten QS-Verfahren gegeben. Ebenso werden die relativen Anteile beispielsweise der fehlerhaften Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen mithilfe eines Säulendiagramms zwischen den Auffälligkeitskriterien verglichen. Weitere Abbildungen und Tabellen veranschaulichen die Anzahl der Standorte, die wiederholt rechnerisch auffällig waren oder (wiederholt) fehlerhaft dokumentiert haben.

Alle Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium sowie die detaillierten Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen. Ebenso finden sich im Anhang Maßnahmen und Einstufungen im Bundesländervergleich.

Indirekte QS-Verfahren

Die Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren sind in den folgender Abbildung 20 und in Abbildung 21 dargestellt.

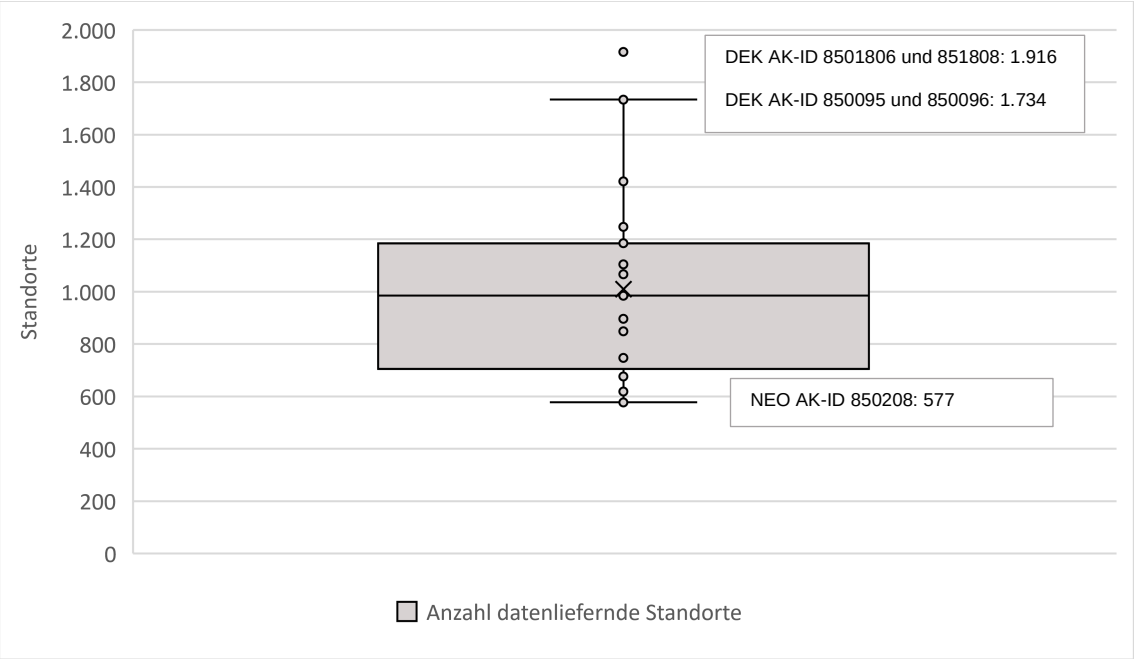

Abbildung 20: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass für die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren unterschiedlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit 1.009 Standorte Daten geliefert. Für mindestens 50 % der AKs lieferten 985 Standorte Daten und für mindestens 75 % der AKs lieferten 1.169 Standorte Daten, wobei zu berücksichtigen ist, dass ein Standort auch zu mehreren AKs Daten liefern kann. Das Minimum liegt bei 577 (wie im Vorjahr zum MDS: AK-ID 850208 im Auswertungsmodul NEO) datenliefernden Standorten und das Maximum bei 1.734 (wie im Vorjahr zu AK-ID 850095 und AK-ID 850096 im Auswertungsmodul DEK). Einen statistischen Ausreißer stellen die AKs 8501806 und 851808 im Auswertungsmodul DEK dar, zu welchen 1.916 Standorte Daten lieferten. Im Vergleich zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit werden im Durchschnitt mehr Daten von den Standorten zu den AKs zur Vollzähligkeit geliefert.

Für die indirekten QS-Verfahren wurden 66 AKs überprüft und 704 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt lagen 129 rechnerische Auffälligkeiten bereits im Vorjahr (EJ 2017) und 38 bereits im Vorvorjahr (EJ 2016) vor. Insgesamt wurde bei den indirekten Verfahren 241-mal (34,2 %) ein Hinweis verschickt und 457-mal (64,9 %) um eine Stellungnahme gebeten. 6-mal (0,9 %) erfolgte keine Maßnahme. Es erfolgten insgesamt 5 Besprechungen (0,9 %) und 12 Zielvereinbarungen (2,2 %), aber keine Begehungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des

Strukturierten Dialogs 79-mal (17,3%) als korrekt [U30, U99] und 355-mal (77,7 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 23 Stellungnahmen wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] vergeben (5,0 %).

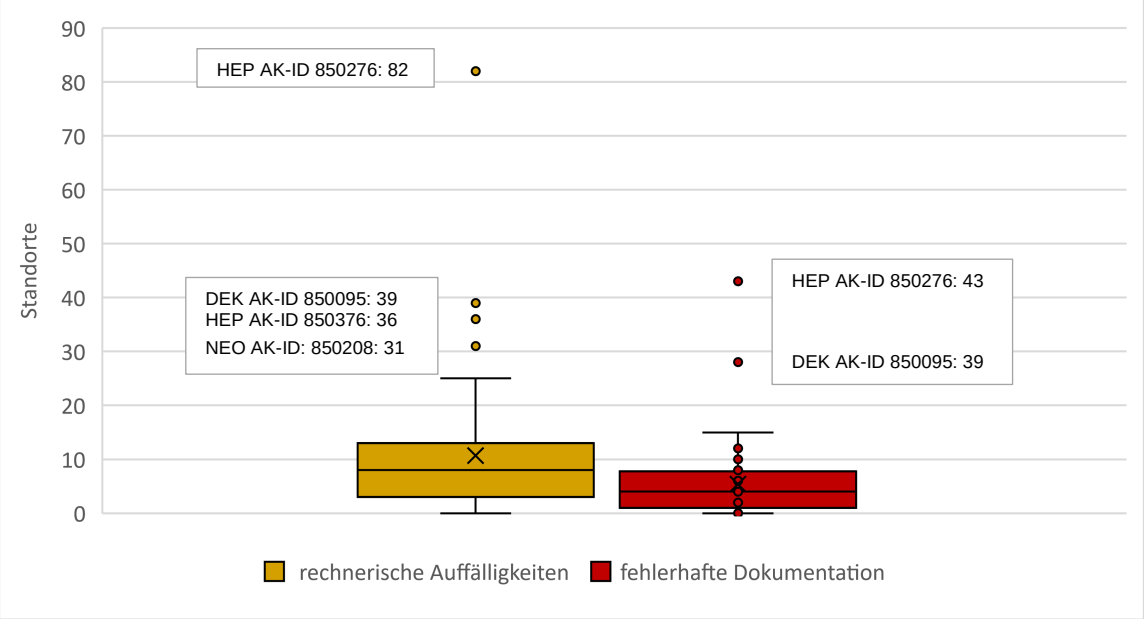

Abbildung 21: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren

Abbildung 21 veranschaulicht die Verteilung der auffällig gewordenen Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel lagen waren 10,7 Standorte pro AK zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren rechnerisch auffällig. Für mindestens ein Viertel der AKs waren es 3 Standorte, für mindestens die Hälfte waren es 8 Standorte und für mindestens drei Viertel waren 13 Standorte. Beispielsweise lagen zum AK 850276 im Auswertungsmodul HEP bei 82 Standorte rechnerische Auffälligkeiten zur Unterdokumentation vor und stellen damit in der Abbildung 21 einen statistischen Ausreißer dar. Das heißt, dass für dieses AK sehr viele datenliefernde Standorte auffällig waren.

Gegenüber den rechnerischen Auffälligkeiten gab es weniger fehlerhafte Dokumentationen. Unter allen AKs zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren wiesen minimal kein Standort und maximal 43 Standorte fehlerhafte Dokumentationen auf. Statistische Ausreißer der fehlerhaften Dokumentation lagen für zwei AKs (HEP AK-ID 850276 und DEK AK-ID 850095) vor (Abbildung 21). Für mindestens die Hälfte der AKs hatten 4 Standorte und für mindestens drei Viertel der AKs 7,75 Standorte fehlerhaft dokumentiert. Verglichen mit den Verteilungen der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit waren durchschnittlich weniger Standorte in einem AK zur Vollzähligkeit rechnerisch auffällig oder hatten eine fehlerhafte Dokumentation.

Bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten zur Vollzähligkeit insgesamt ist zu erkennen, dass sich diese unterschiedlich auf die Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit verteilen. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten bestanden wie auch in den Vorjahren zur Unterdokumentation. Der Anteil an angeforderten Stellungnahmen und versandten Hinweisen ist unter den AK-Arten vergleichbar. Ein Unterschied besteht in der fehlerhaften Dokumentation, welche

bei dem AK zur Über- und Unterdokumentation bei über 85 % liegt und beim AK zum MDS bei ~ 30 % (Tabelle 40).

Tabelle 40: Auswertungen des Strukturierten Dialogs differenziert nach den 4 Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren insgesamt

	AKs zur Unterdokumentation	**AKs zur Überdokumentation**	**AKs zum Minimaldatensatz**
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten insgesamt (n=704))	471 (66,9 %)	125 (17,8)	108 (15,3 %)
Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten)			
Keine Maßnahme ergriffen [S 90]	4 (0,85 %)	2 (1,6 %)	0 (0 %)
Hinweise verschickt	165 (35,0 %)	38 (30,4 %)	38 (35,2 %)
Stellungnahmen angefordert	302 (64,1 %)	85 (68,0 %)	70 (64,8 %)
Weiterführende Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen)			
Besprechung	2 (0,7 %)	2 (2,4 %)	1 (1,4 %)
Begehung	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Zielvereinbarung	6 (2,0 %)	2 (2,4 %)	4 (5,7 %)
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen)			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	31 (10,3 %)	2 (2,4 %)	46 (65,7)
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	259 (85,8 %)	76 (89,4 %)	20 (28,6 %)
Sonstiges [S91, S99]	12 (3,9 %)	7 (8,2 %)	4 (5,7 %)

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen einzuordnen, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Standorten (Abbildung 22) bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen (Abbildung 23) pro Auffälligkeitskriterium gesetzt.

Im Vergleich zu allen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren hatten Standorte wie bereits anhand des Boxplots zu entnehmen (Abbildung 21) hinsichtlich des AKs 850276 im Auswertungsmodul HEP mit 7,3 %, gefolgt von dem AK 850208 im Auswertungsmodul NEO mit 5,4 % die höchsten Anteile rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten (Abbildung 22). So waren sowohl für die AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit, als auch zu den AKs zur Vollzähligkeit jeweils in den Auswertungsmodulen NEO, HEP, KEP und DEK AKs

enthalten, welche die höchsten Anteile rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten im Vergleich zu allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen aufwiesen. Bei Betrachtung der absoluten Anzahl datenliefernder Standorte unterscheiden sich die Auswertungsmodule allerdings voneinander. Für NEO lieferten beispielsweise deutlich weniger Standorte Daten im Vergleich zu DEK, HEP oder KEP (Abbildung 20 und Abbildung 22). Für 4 der 66 geprüften AKs lagen keine rechnerischen Auffälligkeiten vor, sodass kein Strukturierter Dialog ausgelöst wurde. Für einige weitere AKs lag ein Anteil von unter 1 % vor und war damit sehr gering (Abbildung 22).

In Abbildung 23 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. Die jeweilige Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen entspricht der Anzahl von Hinweisen und nicht eingeleiteten Maßnahmen (S 90).

Lagen jedoch rechnerische Auffälligkeiten vor, die im Strukturierten Dialog anhand einer Stellungnahme geprüft wurden, war im Ergebnis der Anteil von fehlerhafter Dokumentationen hoch. Im Durchschnitt wiesen 77,7 % der Standorte eine fehlerhafte Dokumentation bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen auf (n = 355/457). Für 26 von 66 AKs wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt und für 9 AKs mehr als 80 % fehlerhafte Dokumentationen.

Für beide o. g. AKs mit hohem Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten zeigen sich bei Betrachtung der fehlerhaften Dokumentationen nun Unterschiede. Das AK 850276 im Auswertungsmodul HEP mit 82 rechnerischen Auffälligkeiten wies von 49 angeforderten Stellungnahmen 43 fehlerhafte Dokumentationen (87,8 %) und damit einen hohen Anteil von Dokumentationsfehlern auf. Das AK 850208 im Auswertungsmodul NEO hingegen weist mit 27,3 % einen der niedrigsten Anteile fehlerhafter Dokumentationen auf (Abbildung 23).

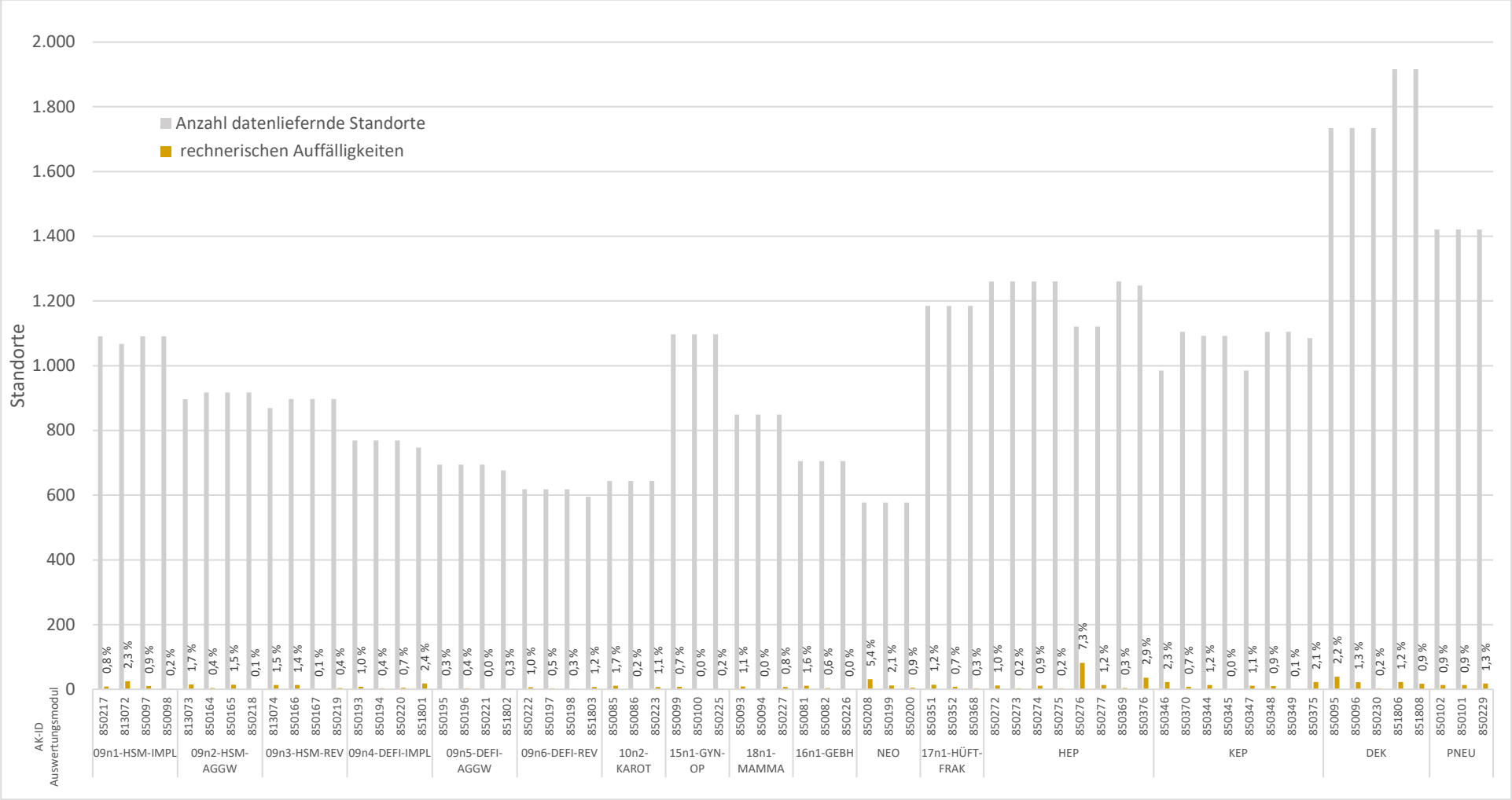

Abbildung 22: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren

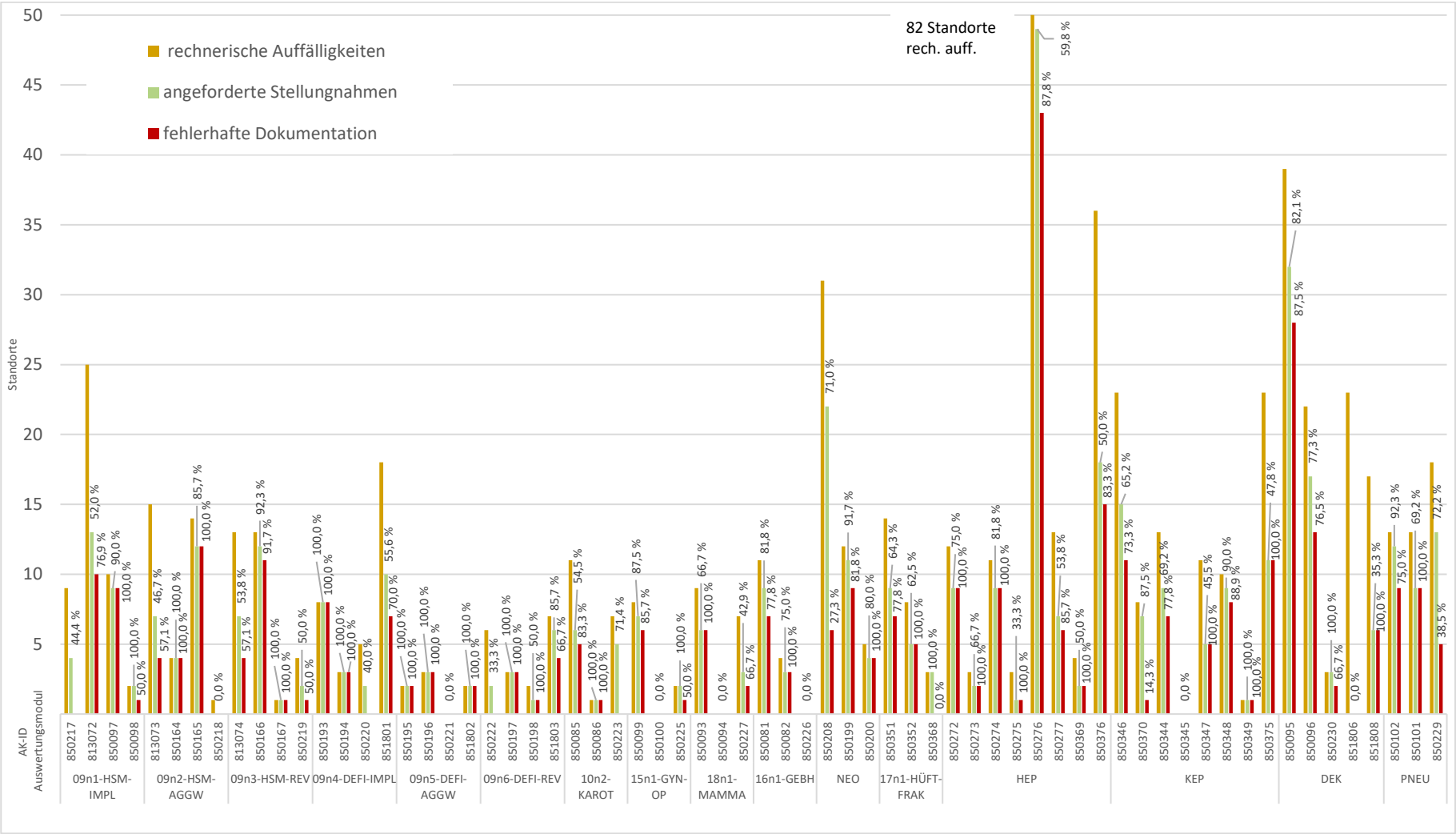

Abbildung 23: Häufigkeiten rechnerisch auffälliger Standorte und Standorte mit angeforderten Stellungnahmen sowie Standorte mit fehlerhafter Dokumentation und deren Anteil an den angeforderten Stellungnahmen in Prozent pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren

In Tabelle 41 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten fehlerhaften Dokumentationen zu den Ergebnissen der Erfassungsjahre 2017 und 2016 abgebildet, wenn diese aufgetreten sind.

Von den 66 AKs zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren ist es bei 37 AKs vorgekommen, dass Standorte wiederholt rechnerisch auffällig waren und davon in 23 AKs auch wiederholt fehlerhaft dokumentiert hatten. Bei 15 AKs gab es Standorte, die 3 Jahre in Folge rechnerisch auffällig waren. Bei den wiederholten fehlerhaften Dokumentationen war es bei 10 AKs der Fall, dass Standorte 3 Jahre in Folge fehlerhaft dokumentierten (Tabelle 41).

Das AK 850276 im Auswertungsmodul HEP wies mit 82 Standorten die absolut höchste rechnerische Auffälligkeit im Erfassungsjahr 2018 sowie die höchsten wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten auf im Vergleich zu den anderen AKs auf. 30 Standorte waren im Erfassungsjahr 2017 und 17 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Es lagen jedoch nicht nur die meisten wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten vor, sondern ebenfalls die häufigsten wiederholt fehlerhaften Dokumentationen über 3 Jahre in Folge.

Tabelle 41: Alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren, die wiederholte rechnerische Auffälligkeiten und wiederholte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen

		rechnerische Auffälligkeiten			fehlerhafte Dokumentation		
Auswertungs-modul	**AK-ID**	**EJ 2018**	**EJ 2018 und 2017**	**EJ 2018, 2017 und 2016**	**EJ 2018**	**EJ 2018 und 2017**	**EJ 2018, 2017 und 2016**
09n1-HSM-IMPL	850217	9	2	0	0	0	0
09n1-HSM-IMPL	813072	25	4	1	10	2	1
09n1-HSM-IMPL	850097	10	3	0	9	2	0
09n2-HSM-AGGW	813073	15	3	2	4	1	1
09n2-HSM-AGGW	850165	14	1	0	12	0	0
09n3-HSM-REV	813074	13	3	2	4	1	1
09n3-HSM-REV	850166	13	1	0	11	1	0
09n3-HSM-REV	850219	4	2	1	1	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850193	8	1	0	8	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850220	5	1	0	0	0	0
09n6-DEFI-REV	850197	3	1	0	3	0	0

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten			fehlerhafte Dokumentation		
		EJ 2018	EJ 2018 und 2017	EJ 2018, 2017 und 2016	EJ 2018	EJ 2018 und 2017	EJ 2018, 2017 und 2016
10n2-KAROT	850085	11	2	0	5	1	0
10n2-KAROT	850223	7	1	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850099	8	2	0	6	1	0
18n1-MAMMA	850093	9	2	1	6	2	1
18n1-MAMMA	850227	7	1	0	2	0	0
NEO	850208	31	12	0	6	0	0
NEO	850199	12	2	2	9	1	1
NEO	850200	5	1	0	4	1	0
17n1-HÜFT-FRAK	850352	8	1	0	5	1	0
HEP	850272	12	2	0	9	2	0
HEP	850274	11	3	0	9	0	0
HEP	850276	82	30	17	43	14	5
HEP	850277	13	2	0	6	0	0
HEP	850369	4	2	0	2	1	0
HEP	850376	36	6	0	15	3	0
KEP	850346	23	3	2	11	1	1
KEP	850370	8	3	1	1	0	0
KEP	850344	13	3	1	7	2	1
KEP	850347	11	4	1	5	2	1
KEP	850348	10	2	0	8	2	0
KEP	850375	23	2	0	11	2	0
DEK	850095	39	9	2	28	6	1
DEK	850096	22	1	1	13	0	0

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten			fehlerhafte Dokumentation		
		EJ 2018	EJ 2018 und 2017	EJ 2018, 2017 und 2016	EJ 2018	EJ 2018 und 2017	EJ 2018, 2017 und 2016
PNEU	850102	13	2	1	9	0	0
PNEU	850101	13	1	0	9	1	0
PNEU	850229	18	8	3	5	3	0
Gesamt		**568**	**129**	**38**	**296**	**53**	**14**

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren je Auswertungsmodul beschrieben.

5.2.1 Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)

AK-ID 813072 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten
Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 25 der 1.067 datenliefernden Standorte (2,3 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit 2016 rechnerisch auffällig. Es wurden an 12 Standorte Hinweise verschickt und von 13 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 3 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 10 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Davon dokumentierten 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft.

AK-ID 850097 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
10 der 1.091 Standorte (0,9%), die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. 9 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten aus der im Ergebnis für alle Standorte eine fehlerhafte Dokumentation hervorging. 2 Standorte dokumentierten bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

AK-ID 850098 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
2 der 1.091 datenliefernden Standorte (0,2 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Durch die beiden angeforderten Stellungnahmen konnte für einen Standort eine korrekte Dokumentation und für einen Standort eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden.

AK-ID 850217 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
9 der 1.091 datenliefernden Standorte (0,8 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. 2 Standorte waren bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 5 Standorte Hinweise verschickt und von 4 Standorten

Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 3 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für einen Standort die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Tabelle 42: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL

	813072	850097	850098	850217
Anzahl datenliefernder Standorte	1.067	1.091	1.091	1.091
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	25	10	2	9
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	4	3	0	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	0	0
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	12	1	0	5
Stellungnahmen angefordert	13	9	2	4
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	3	0	1	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	10	9	1	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	2	2	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	0	0

AK-ID 813072 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850097 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850098 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850217 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.2 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)

AK-ID 813073 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wiesen 15 der 896 Standorte (1,7 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon waren 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 3 der 7 zur Stellungnahme aufgeforderten Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 4 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Davon dokumentierte ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft.

AK-ID 850164 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Von 917 Standorten, die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* lieferten, wurden 4 Standorte (0,4 %) rechnerisch auffällig. Durch die 4 angeforderten Stellungnahmen konnte für alle 4 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850165 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* wurden 14 der 917 datenliefernden Standorte (1,5 %) rechnerisch auffällig. Dabei wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden 12 Standorte um eine Stellungnahme gebeten, aus denen für alle Standorte eine fehlerhafte Dokumentation hervorging. Mit einem Standort wurde außerdem eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 850218 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Einer der 917 Standorte (0,1 %), die Daten bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* lieferten, wurde rechnerisch auffällig. An diesen Standort wurde ein Hinweis verschickt.

Tabelle 43: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW

	813073	850164	850165	850218
Anzahl datenliefernder Standorte	896	917	917	917
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	15	4	14	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	3	0	1	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	2	0	0	0
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	8	0	2	1

	813073	850164	850165	850218
Stellungnahmen angefordert	7	4	12	0
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	1	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	3	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	4	4	12	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	0	0

AK-ID 813073 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850164 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850165 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850218 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.3 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV)

AK-ID 813074 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 13 der 869 datenliefernden Standorte (1,5 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog konnte für einen Standort der 7 zur Stellungnahme aufgeforderten Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 4 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Bei 2 Standorten wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein weiterer Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft.

AK-ID 850166 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

13 der 897 Standorte (1,4 %), die Daten bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Davon wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden von 12 Standorten Stellungnahmen angefordert. An 11 dieser Standorte wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Davon wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

AK-ID 850167 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Einer der 897 datenliefernden Standorte (0,1 %) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Durch die angeforderte Stellungnahme konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850219 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 4 der 897 datenliefernden Standorte (0,4 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Von 2 Standorten, die um eine Stellungnahme gebeten wurden, resultierte für einen Standort eine korrekte und für einen Standort eine fehlerhafte Dokumentation.

Tabelle 44: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV

	813074	850166	850167	850219
Anzahl datenliefernder Standorte	869	897	897	897
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	13	13	1	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	3	1	0	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	2	0	0	1
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	6	1	0	2
Stellungnahmen angefordert	7	12	1	2
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	1	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	4	11	1	1
Sonstiges [S91, S99]	2	0	0	0

	813074	850166	850167	850219
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1	1	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	0	0

AK-ID 813074 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850166 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850167 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850219 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.4 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09n4-DEFI-IMPL)

AK-ID 851801 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten [neu zu EJ 2018]
18 der 747 datenliefernden Standorte (2,4 %) wurden hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten* rechnerisch auffällig. An 8 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 10 Standorten Stellungnahmen angefordert. Mithilfe des Strukturierten Dialogs konnte für 3 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 7 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850193 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
8 der 769 datenliefernden Standorte (1,0 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Durch die angeforderten Stellungnahmen von allen Standorten wurde im Ergebnis bei allen Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850194 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* wurden 3 der 769 Standorte (0,4 %) rechnerisch auffällig. Durch die angeforderten Stellungnahmen konnte für alle 3 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850220 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Von 769 Standorten, die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* lieferten, wurden 5 Standorte (0,6 %) rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog konnte bei 2 Standorten, von denen eine Stellungnahme angefordert wurde, eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 45: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL

	851801	850193	850194	850220
Anzahl datenliefernder Standorte	747	769	769	769
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	18	8	3	5
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	1	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	8	0	0	3
Stellungnahmen angefordert	10	8	3	2
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	3	0	0	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	7	8	3	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0

AK-ID 851801 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten

AK-ID 850193 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850194 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850220 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.5 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW)

AK-ID 851802 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und –Patienten [neu zu EJ 2018]
2 der 676 datenliefernden Standorte (0,3 %) wurden hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und –Patienten* rechnerisch auffällig. Durch die 2 angeforderten Stellungnahmen konnte für beide Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850196 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* wurden 3 der 694 datenliefernden Standorte (0,4 %) rechnerisch auffällig. Durch die angeforderten Stellungnahmen konnte für diese 3 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850195 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
2 der 694 datenliefernden Standorte (0,3 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Durch die 2 angeforderten Stellungnahmen konnte für beide Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850221 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Keiner der 694 datenliefernden Standorte wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig.

Tabelle 46: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n5-DEFI-AGGW

	851802	850196	850195	850221
Anzahl datenliefernder Standorte	676	694	694	694
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	3	2	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	2	3	2	0
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0

	851802	850196	850195	850221
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2	3	2	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0

AK-ID 851802 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten

AK-ID 850196 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850195 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850221 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.6 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6-DEFI-REV)

AK-ID 851803 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten [neu zu EJ 2018]
Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten* wurden 7 der 595 datenliefernden Standorte (1,2 %) rechnerisch auffällig. Von 6 Standorten die um eine Stellungnahme gebeten wurde, konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 4 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

AK-ID 850197 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
3 der 618 datenliefernden Standorte (0,5 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Durch die angeforderten Stellungnahmen wurde für alle 3 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

AK-ID 850198 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurden 2 der 618 datenliefernden Standorte (0,3 %) rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte an dem einen zur Stellungnahme aufgeforderten Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850222 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 6 der 618 datenliefernden Standorte (1,0 %) rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 2 der zur Stellungnahme aufgeforderten Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 47: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV

	851803	850197	850198	850222
Anzahl datenliefernder Standorte	595	618	618	618
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	7	3	2	6
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	1	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	1	0	1	4
Stellungnahmen angefordert	6	3	1	2
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	0	0	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	4	3	1	0
Sonstiges [S91, S99]	1	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0

AK-ID 851802 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten

AK-ID 850196 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850195 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850221 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.7 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT)

AK-ID 850085 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
11 der 644 Standorte (1,7 %), die Daten hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurden an 5 Standorte Hinweise verschickt und von 6 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 5 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

AK-ID 850086 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Einer der 644 datenliefernden Standorte (0,1 %) wurden hinsichtlich *des Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Durch die angeforderte Stellungnahme konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850223 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Bezüglich des *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 7 der 644 datenliefernden Standorte (1,1 %) rechnerisch auffällig. Ein Standort war bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden von 5 Standorten Stellungnahmen angefordert und im Ergebnis für alle 5 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt.

Tabelle 48: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT

	850085	850086	850223
Anzahl datenliefernder Standorte	644	644	644
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	11	1	7
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	2	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	5	0	2
Stellungnahmen angefordert	6	1	5
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0

	850085	850086	850223
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	5
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	5	1	0
Sonstiges [S91, S99]	1	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850085 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850086 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850223 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.8 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP)

AK-ID 850099 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* wurden 8 der 1.097 datenliefernden Standorte (0,7 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Von 7 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Dabei konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und für 6 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

AK-ID 850100 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurde keiner der 1.097 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig.

AK-ID 850225 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
2 der 1.097 datenliefernden Standorte (0,2 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Für beide Standorte wurde eine Stellungnahme angefordert und im Ergebnis für einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und an dem anderen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 49: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP

	850099	850100	850225
Anzahl datenliefernder Standorte	1.097	1.097	1.097
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	8	0	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	2	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	1	0	0
Stellungnahmen angefordert	7	0	2
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	6	0	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850099 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850100 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850225 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.9 Mammachirurgie (18n1-MAMMA)

AK-ID 850093 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* wurden 9 der 849 datenliefernden Standorte (1,0 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 eine rechnerische Auffälligkeit

auf. Von 6 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert, die im Ergebnis bei alle Standorten eine fehlerhafte Dokumentation hervorbrachte. Dabei dokumentierten 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft. Zusätzlich wurde mit 2 Standorten eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 850094 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Keiner der 849 datenliefernden Standorte wurde im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig.

AK-ID 850227 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
7 der 849 datenliefernden Standorte (0,8 %) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Ein Standort wies bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Von 3 Standorten die zur Stellungnahme aufgefordert wurden, konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und an 2 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 50: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA

	850093	**850094**	**850227**
Anzahl datenliefernder Standorte	849	849	849
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	9	0	7
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	2	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	0
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	3	0	4
Stellungnahmen angefordert	6	0	3
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	2	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	6	0	2
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0

	850093	850094	850227
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	2	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	0

AK-ID 850093 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850094 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850227 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.10 Geburtshilfe (16n1-GEBH)

AK-ID 850081 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* wurden 11 der 705 datenliefernden Standorte (1,5 %) rechnerisch auffällig. 9 Standorte wurden zur Stellungnahme aufgefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 7 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für 2 Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 850082 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
4 der 705 datenliefernden Standorte (0,6 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Bei einem Standort wurde ein Hinweis verschickt und für 3 Standorte wurden Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für alle 3 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850226 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Keiner der 705 datenliefernden Standorte wurden im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig.

Tabelle 51: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH

	850081	850082	850226
Anzahl datenliefernder Standorte	705	705	705
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	11	4	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

	850081	850082	850226
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	2	1	0
Stellungnahmen angefordert	9	3	0
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	1	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	7	3	0
Sonstiges [S91, S99]	2	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850081 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850082 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850226 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.11 Neonatologie (NEO)

AK-ID 850199 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

12 der 577 datenliefernden Standorte (2,1 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerische Auffälligkeit auf. Von 11 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Dadurch konnte für einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 9 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft.

AK-ID 850200 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wiesen 5 der 577 datenliefernden Standorte (0,8 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Bei 4 Standorten, die um eine Stellungnahme gebeten wurden,

konnte im Ergebnis eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

AK-ID 850208 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 31 der 577 datenliefernden Standorte (5,3 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 12 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. An 9 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 22 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 15 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 6 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Mit 2 Standorten wurde als weiterführende Maßnahme eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Tabelle 52: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NEO

	850199	850200	850208
Anzahl datenliefernder Standorte	577	577	577
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	12	5	31
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	2	1	12
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	2	0	0
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	1	1	9
Stellungnahmen angefordert	11	4	22
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	2
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	0	15
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	9	4	6
Sonstiges [S91, S99]	1	0	1

	850199	850200	850208
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1	1	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	0

AK-ID 850199 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850200 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850208 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.12 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)

AK-ID 850351 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
14 der 1.185 datenliefernden Standorte (1,2 %) wiesen hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* eine rechnerische Auffälligkeit auf. Von 9 Standorten, die zur Stellungnahme aufgefordert wurden, bestätigte sich bei 2 Standorten eine korrekte und bei 7 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation.

AK-ID 850352 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* wurden 8 der 1.185 datenliefernden Standorte (0,7 %) rechnerisch auffällig. Davon wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Durch den Strukturierten Dialog konnte für alle 5 Standorte, die zur Stellungnahme aufgefordert wurden, eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Einer dieser Standorte dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

AK-ID 850368 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
3 der 1.185 Standorte (0,2 %), die Daten hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Durch die 3 angeforderten Stellungnahmen konnte für alle Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 53: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK

	850351	850352	850368
Anzahl datenliefernder Standorte	1.185	1.185	1.185
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	14	8	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	1	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

	850351	850352	850368
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	5	3	0
Stellungnahmen angefordert	9	5	3
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	7	5	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	1	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850351 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850352 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850368 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.13 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

AK-ID 850376 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

In der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 36 der 1.248 datenliefernden Standorte (2,9 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 6 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An die Hälfte der Standorte wurden Hinweise verschickt und von der anderen Hälfte Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 3 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 15 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Davon dokumentierten 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

AK-ID 850272 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

12 der 1.260 Standorte (0,9 %), die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr

2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Durch die angeforderten Stellungnahmen für 9 Standorte wurde im Ergebnis bei allen Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

AK-ID 850273 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurden 3 der 1.260 datenliefernden Standorte (0,2 %) rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 2 zur Stellungnahme aufgeforderte Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850369 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 4 der 1.260 datenliefernden Standorte (0,3 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Durch den Strukturieren Dialog konnte für 2 Standorte, die um eine Stellungnahme gebeten wurden, eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden, wobei ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft dokumentierte. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 850274 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)
Bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (Erstimplantation)* wurden 11 der 1.260 datenliefernden Standorte (0,9 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Von 9 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert, die im Ergebnis für alle Standorte eine fehlerhafte Dokumentation ergaben. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 850275 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)
3 der 1.260 Standorte (0,2 %), die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Für einen Standort wurden keine Maßnahmen ergriffen, an einen Standort ein Hinweis verschickt und von einem Standort eine Stellungnahme angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850276 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)
Bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (Wechsel)* wurden 82 der 1.121 datenliefernden Standorte (7,3 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 30 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 17 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Für 3 Standorte wurden keine Maßnahmen getroffen, an 30 Standorte Hinweise verschickt und von 49 Standorten Stellungnahmen angefordert. Von den 49 überprüften Stellungnahmen lag im Ergebnis bei 43 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation vor. Für 2 Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Im Erfassungsjahr 2017 dokumentierten bereits 14 Standorte und seit dem Erfassungsjahr 2016 bereits 5 Standorte fehlerhaft. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 850277 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)
13 der 1.121 datenliefernden Standorte (1,2 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)* rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 6 der

7 zur Stellungnahme aufgeforderten Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für den anderen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Besprechung durchgeführt und mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Tabelle 54: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP

	850376	**850272**	**850273**	**850369**
Anzahl datenliefernder Standorte	1.248	1.260	1.260	1.260
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	36	12	3	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	6	2	0	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	18	3	1	2
Stellungnahmen angefordert	18	9	2	2
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	1
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	3	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	15	9	2	2
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	3	2	0	1
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0

AK-ID 850376 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850272 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850273 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850369 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Tabelle 55: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP (Zählleistungsbereiche)

	850274	850275	850276	850277
Anzahl datenliefernder Standorte	1.260	1.260	1.121	1.121
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	11	3	82	13
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	3	0	30	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	17	0
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	1	3	0
Hinweise verschickt	2	1	30	6
Stellungnahmen angefordert	9	1	49	7
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	1
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	1	0	1	1
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	4	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	9	1	43	6
Sonstiges [S91, S99]	0	0	2	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	14	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	5	0

AK-ID 850274= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850275 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850276 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

AK-ID 850277 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

5.2.14 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

AK-ID 850375 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten
Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 23 der 1.085 datenliefernden Standorte (2,1 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An 12 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 11 Standorten Stellungnahmen angefordert, für die allesamt eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde. 2 dieser Standorte dokumentierten bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

AK-ID 850348 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Es wurden 10 der 1.105 datenliefernden Standorte (0,9 %) im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Von 9 zur Stellungnahmen aufgeforderten Standorten wurde bei 8 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Davon dokumentierten 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

AK-ID 850349 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Einer der 1.105 datenliefernden Standorte (0,1 %) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Durch die angeforderte Stellungnahme konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850370 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
8 der 1.105 datenliefernden Standorte (0,7 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Davon wiesen 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurde von 7 Standorten eine Stellungnahme angefordert und im Ergebnis für 6 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und an einem Standort eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850344 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)
Im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)* wurden 13 der 1.092 datenliefernden Standorte (1,2 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2016 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurde an 4 Standorten Hinweise verschickt und von 9 Standorten Stellungnahmen angefordert, von welchen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs bei 7 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde. 2 Standorte dokumentierten bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft.

AK-ID 850345 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)
Keiner der 1.092 datenliefernden Standorte wurde im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)* rechnerisch auffällig.

AK-ID 850346 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)
23 der 985 datenliefernden Standorte (2,3 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)* rechnerisch auffällig. Davon wiesen 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerische Auffälligkeiten auf. Für

einen Standort wurden keine Maßnahmen ergriffen, an 7 Standorte Hinweise verschickt und von 15 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 11 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für 2 Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 850347 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)
Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)* wurden 11 der 985 datenliefernden Standorte (1,1 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerische Auffälligkeiten auf. Es wurden an 6 Standorte Hinweise verschickt und von 5 Standorten Stellungnahmen angefordert, von denen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für alle 5 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde. 2 Standorte dokumentierten bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 fehlerhaft.

Tabelle 56: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP

	850375	850348	850349	850370
Anzahl datenliefernder Standorte	1.085	1.105	1.105	1.105
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	23	10	1	8
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	2	2	0	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	1
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	12	1	0	1
Stellungnahmen angefordert	11	9	1	7
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	1	0	6
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	11	8	1	1

	850375	850348	850349	850370
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	2	2	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0

AK-ID 850375 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850348 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 85034 9= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850370 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Tabelle 57: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP (Zählleistungsbereiche)

	850344	850345	850346	850347
Anzahl datenliefernder Standorte	1.092	1.092	985	985
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	13	0	23	11
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	3	0	3	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	2	1
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	1	0
Hinweise verschickt	4	0	7	6
Stellungnahmen angefordert	9	0	15	5
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	1	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0	2	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	7	0	11	5
Sonstiges [S91, S99]	0	0	2	0

	850344	850345	850346	850347
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	2	0	1	2
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	1	1

AK-ID 850344 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850345 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850346 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

AK-ID 850347 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

5.2.15 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)

AK-ID 850095 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

39 der 1.734 datenliefernden Standorte (2,2 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* rechnerisch auffällig. Davon wiesen 9 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 2 Standorte bereits seit 2016 rechnerische Auffälligkeiten auf. Es wurden von insgesamt 32 Standorten Stellungnahmen angefordert und im Ergebnis bei 28 Standorten fehlerhafte Dokumentationen festgestellt. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen, die anderen 3 Standorte hatten korrekt dokumentiert. Im Erfassungsjahr 2017 dokumentierten bereits 6 Standorte fehlerhaft, davon ein Standort seit dem Erfassungsjahr 2016. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Besprechung durchgeführt.

AK-ID 850096 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Von 1.734 Standorten, die Daten bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* lieferten, wurden 22 Standorte (1,2 %) rechnerisch auffällig. Ein Standort war bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Für einen Standort wurde keine Maßnahme ergriffen, an 4 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 17 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnten bei 13 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden. Für 4 Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

AK-ID 850230 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 3 der 1.734 datenliefernden Standorte (0,2 %) rechnerisch auffällig. Durch die 3 angeforderten Stellungnahmen wurden bei 2 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert und für einen Standort die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

AK-ID 851806 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik [neu zu EJ 2018]

23 der 1.916 datenliefernden Standorte (1,2 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* der Risikostatistik rechnerisch auffällig. An alle 23 Standorte wurde ein Hinweis verschickt.

AK-ID 851808 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik [neu zu EJ 2018]

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation der Risikostatistik* wurden 17 der 1.916 datenliefernden Standorte (0,9 %) rechnerisch auffällig. An 11 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 6 Standorten Stellungnahmen angefordert, die für alle Standorte im Ergebnis eine fehlerhafte Dokumentation ergaben.

Tabelle 58: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul DEK

	850095	850096	850230	851806	851808
Anzahl datenliefernder Standorte	1.734	1.734	1.734	1.916	1.916
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	39	22	3	23	17
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	9	1	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	2	1	0	0	0
Maßnahmen					
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	1	0	0	0
Hinweise verschickt	7	4	0	23	11
Stellungnahmen angefordert	32	17	3	0	6
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung	1	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	3	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	28	13	2	0	6
Sonstiges [S91, S99]	1	4	1	0	0

	850095	850096	850230	851806	851808
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	6	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	1	0	0	0	0

AK-ID 850095 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850096 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850230 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

AK-ID 851806 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

AK-ID 851808 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

5.2.16 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

AK-ID 850101 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* wurden 13 der 1.421 datenliefernden Standorte (0,9 %) rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. 9 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten und für alle Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Besprechung durchgeführt.

AK-ID 850102 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurden 13 der 1.421 datenliefernden Standorte (0,9 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerische Auffälligkeiten auf. Von 12 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert und im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt, bei 9 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert und für die übrigen 2 Standorte die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Besprechung durchgeführt.

AK-ID 850229 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

18 der 1.421 datenliefernden Standorte (1,3 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Davon wiesen 8 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und 3 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerische Auffälligkeiten auf. An 5 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 13 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 7 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 5 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. 3 Standorte dokumentierten

bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Besprechung durchgeführt und mit einem weiteren Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Tabelle 59: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul PNEU

	850101	**850102**	**850229**
Anzahl datenliefernder Standorte	1.421	1.421	1.421
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	13	13	18
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	1	2	8
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	1	3
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	4	1	5
Stellungnahmen angefordert	9	12	13
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	1	1	1
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	1
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	1	7
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	9	9	5
Sonstiges [S91, S99]	0	2	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1	0	3
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850101 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850102 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850229 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Direkte QS-Verfahren

Die Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren sind in der folgenden Abbildung 24 und in Abbildung 25 dargestellt.

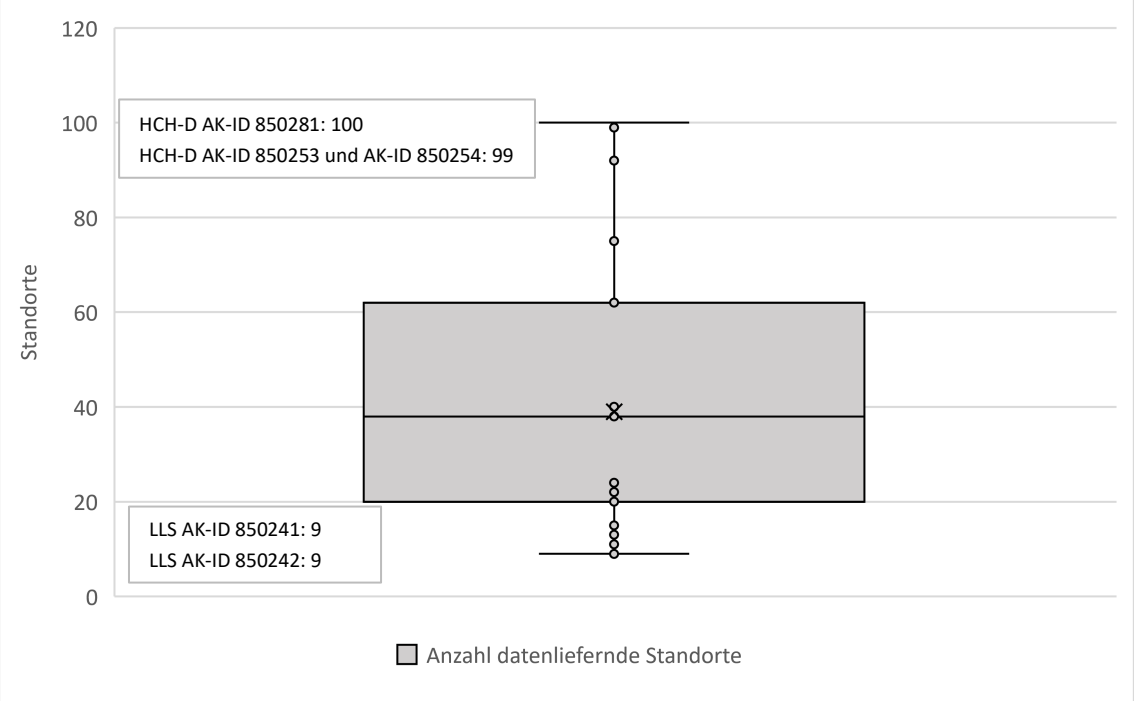

Abbildung 24: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass die Anzahl der datenliefernden Standorte über die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren so verteilt ist, dass zu einigen Auffälligkeitskriterien überdurchschnittlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben 39 Standorte Daten pro Auffälligkeitskriterium geliefert, wobei zu berücksichtigen ist, dass ein Standort zu mehreren Auffälligkeitskriterien Daten liefern kann. Im Vergleich hatten durchschnittlich 1.042 Standorte Daten zu einem Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren geliefert. Das Minimum liegt bei 9 datenliefernden Standorten und das Maximum bei 100. Für mindestens 50 % der AKs lieferten 38 Standorte Daten und für mindestens 75 % der AKs lieferten 62 Standorte Daten.

Für die direkten Verfahren wurden 41 AKs überprüft und 147 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt lagen 62 rechnerische Auffälligkeiten bereits im Vorjahr (EJ 2017) und 2 bereits im Vorvorjahr (EJ 2016) vor. Insgesamt wurde bei den direkten Verfahren 51-mal (34,7 %) ein Hinweis verschickt, welche allesamt zu den AKs zum Follow-up versandt wurden. Eine Stellungnahme wurde insgesamt 96-mal (65,3 %) angefordert. Es erfolgten im weiteren Verlauf keine weiteren Maßnahmen wie Besprechungen, Begehungen oder Zielvereinbarungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 17-mal (17,7 %) als korrekt [U30,

U99] und 73-mal (76,0 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 6 (6,3 %) Stellungnahmen wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] vergeben.

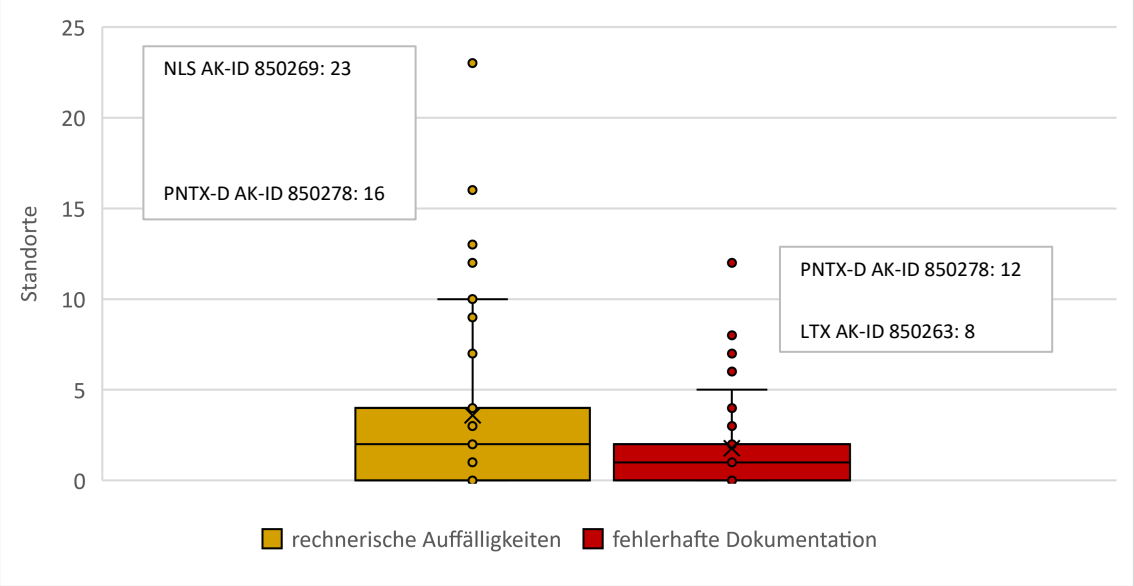

Abbildung 25: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren

Abbildung 25 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der auffällig gewordenen Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel waren 3,6 Standorte pro AK zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren rechnerisch auffällig. Für mindestens ein Viertel der AKs sind keine Standorte, für mindestens die Hälfte sind 2 Standorte und für mindestens drei Viertel sind 4 Standorte rechnerisch auffällig geworden. Von insgesamt 73 fehlerhaft dokumentierenden Standorten der direkten QS-Verfahren wiesen minimal kein Standort und maximal 12 Standorte fehlerhafte Dokumentationen für eines der AKs zur Vollzähligkeit auf. Für mindestens die Hälfte der AKs hatte ein Standort und für mindestens drei Viertel der AKs hatten 2 Standorte fehlerhaft dokumentiert.

Während häufiger rechnerische Auffälligkeiten bei den AKs zur Vollzähligkeit im Vergleich zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren vorliegen (n = 147 vs. 45), liegt der Anteil der fehlerhaften Dokumentationen an den rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit prozentual höher als bei den AKs zur Vollzähligkeit (68,8 % vs. 49,7 %).

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen einzuordnen, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Standorten (Abbildung 26) bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen (Abbildung 27) gesetzt.

Im Vergleich zu allen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren hatten Standorte in den Auswertungsmodulen NLS, PNTX-D und LTX mit Anteilen zwischen 19 % und

60,5 % die höchsten Anteile von rechnerischen Auffälligkeiten an den jeweiligen datenliefernden Standorten. Hervorzuheben ist aber, dass es für mehrere AKs aus unterschiedlichen Auswertungsmodulen auch keine rechnerisch auffälligen Standorte gegeben hat; vgl. Abbildung 26.

Bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten zur Vollzähligkeit insgesamt ist zu erkennen, dass sich diese unterschiedlich auf die Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit verteilen. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten bestanden zu den Auffälligkeitskriterien zum Follow-up. Einzig zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden auch Hinweise versandt (vgl. Kapitel zur Transplantationsmedizin). Fehlerhafte Dokumentationen lagen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs am häufigsten zum Auffälligkeitskriterium Überdokumentation und den Auffälligkeitskriterien zum Follow-up vor (Tabelle 60).

Tabelle 60: Auswertungen des Strukturierten Dialogs differenziert nach den 4 Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren insgesamt

	AKs zur Unterdokumentation	**AKs zur Überdokumentation**	**AKs zum Minimaldatensatz**	**AKs zum Follow-up**
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten insgesamt (n=147))	16 (10,8 %)	6 (4,1 %)	0	125 (85,0 %)
Maßnahmen (Der Anteil bezieht die rechnerischen Auffälligkeiten)				
Keine Maßnahme ergriffen	0	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0	51 (40,8)
Stellungnahmen angefordert	16 (100 %)	6 (100 %)	0	74 (59,2 %)
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog (Der Anteil bezieht sich auf die Stellungnahmen)				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	4 (66,6 %)	0	13 (17,6 %)
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	14 (87,5 %)	1 (16,6 %)	0	58 (78,4 %)
Sonstiges [S91, S99]	2 (12,5 %)	1 (16,6 %)	0	3 (4,1 %)

In Abbildung 27 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. Die Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen entspricht den verschickten Hinweisen.

Von den 41 AKs zur Vollzähligkeit bei den direkten QS-Verfahren lagen für 15 AKs keine rechnerischen Auffälligkeiten vor. Bei den weiteren 26 AKs lagen rechnerische Auffälligkeiten vor, sodass ein Strukturierter Dialog geführt wurde. Für 9 AKs wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt.

Im Bereich Herzchirurgie trifft dies für HCH-AORT-KATH AK-ID 850289 und AK-ID 850291 zu. Im Bereich Transplantationsmedizin trifft dies für HTXM-TX AK-ID 850239, HTXM-MKU AK-ID 850249, LTX AK-ID 850263, LLS AK-ID 850262, NLS AK-ID 850269 und AK-ID 850270 sowie PNTX-D AK-ID 850278 zu.

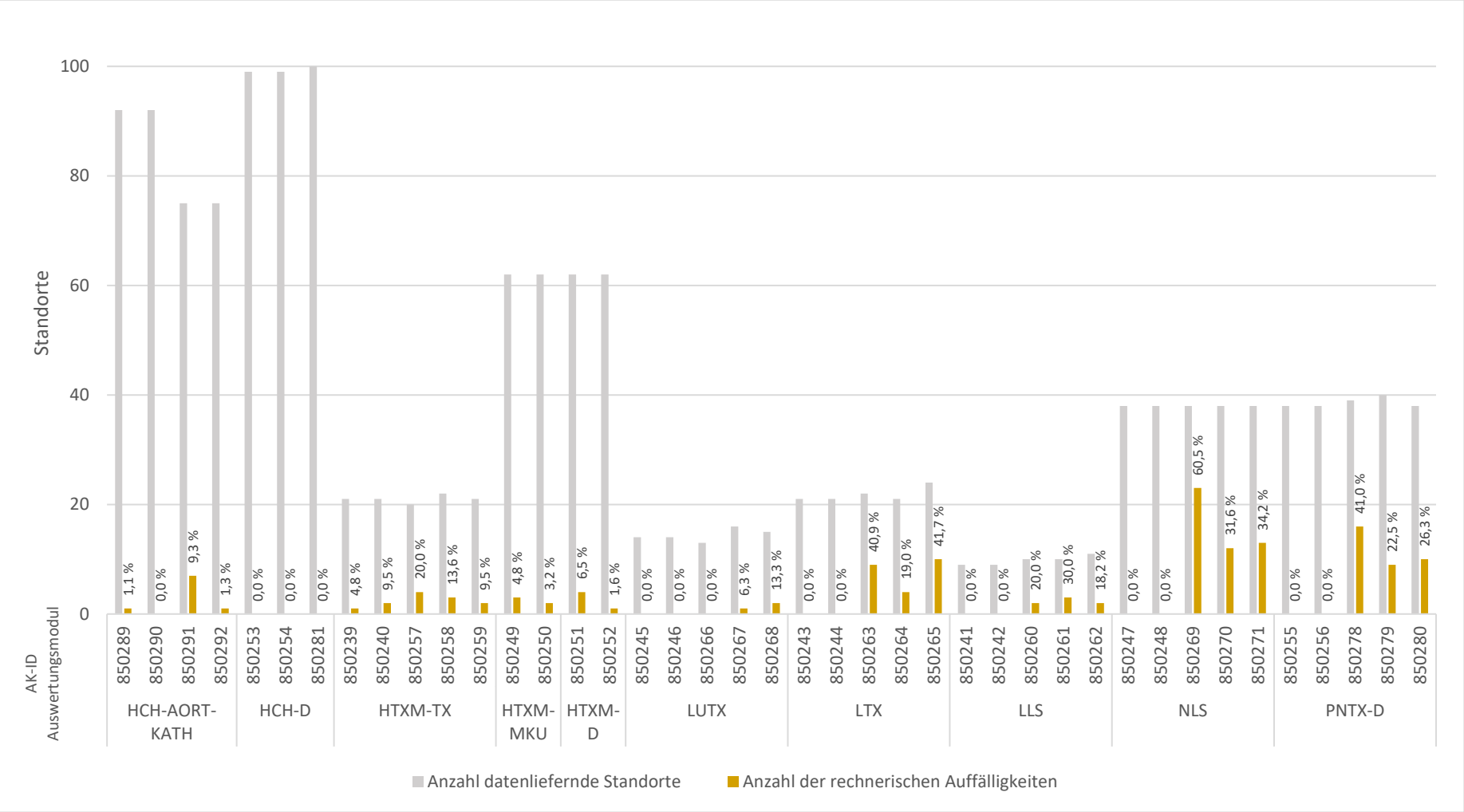

Abbildung 26: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren

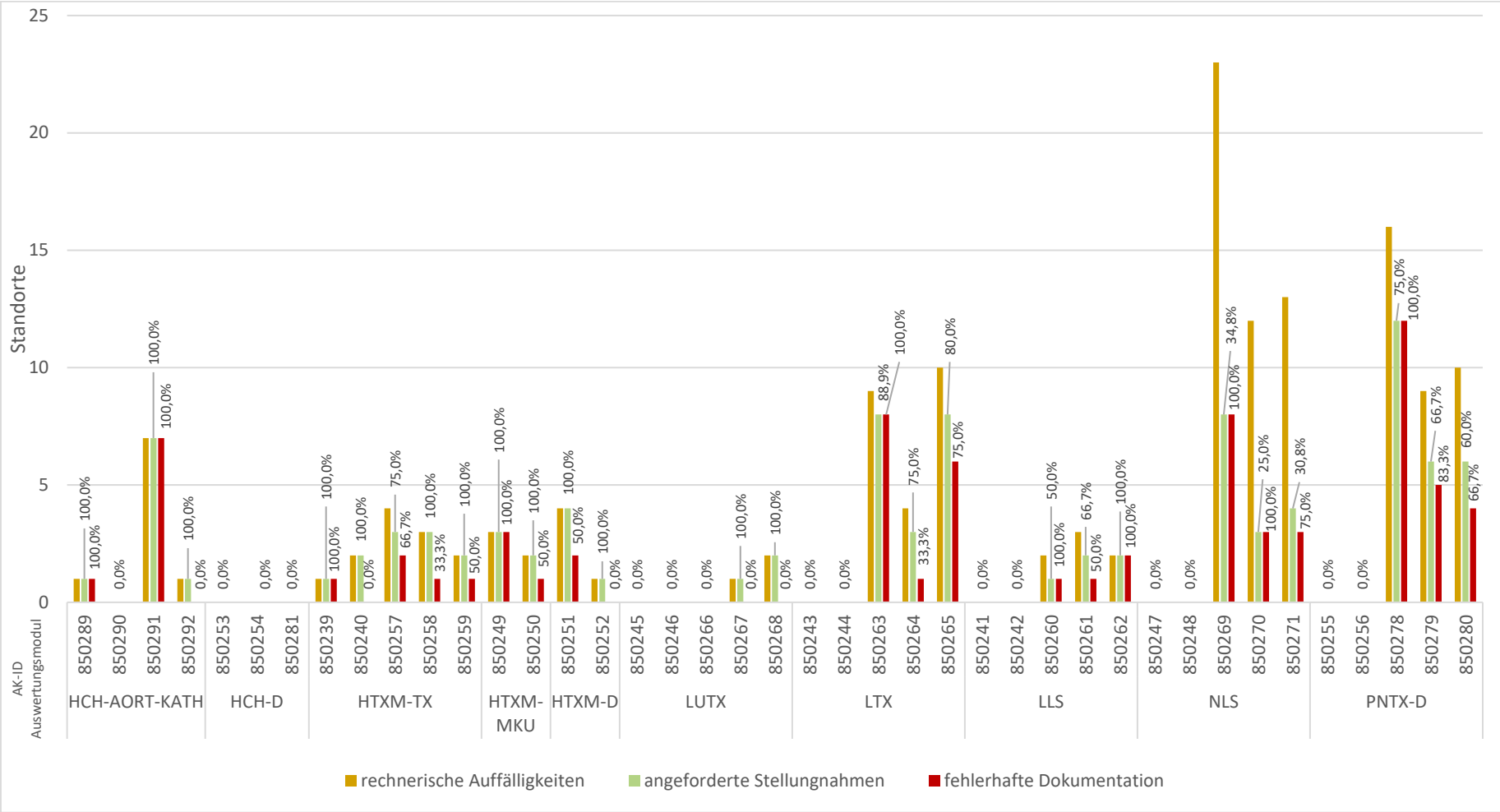

Abbildung 27: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren

In Tabelle 61 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten fehlerhaften Dokumentationen zu den Ergebnissen der Erfassungsjahre 2017 und 2016 abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Von den 41 AKs zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren ist es bei 12 AKs vorgekommen, dass Standorte wiederholt rechnerisch auffällig waren (zum EJ 2017). In 2 AK erfolgten wiederholte rechnerische Auffälligkeiten nicht nur zum Vorjahr (EJ 2017), sondern auch zum Vorvorjahr (EJ 2016). Bei 7 AKs erfolgten zum Vorjahr wiederholte fehlerhafte Dokumentationen, aber nicht zum Erfassungsjahr 2016.

Tabelle 61: Alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren, die wiederholte rechnerische Auffälligkeiten und wiederholte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen

		rechnerische Auffälligkeiten			**fehlerhafte Dokumentation**		
Auswertungs-modul	**AK-ID**	**EJ 2018**	**EJ 2018 und 2017**	**EJ 2018, 2017 und 2016**	**EJ 2018**	**EJ 2018 und 2017**	**EJ 2018, 2017 und 2016**
HTXM-MKU	850249	3	1	0	3	0	0
HTXM-D	850251	4	1	0	2	1	0
LTX	850263	9	3	0	8	1	0
LTX	850264	4	2	0	1	0	0
LTX	850265	10	5	0	6	1	0
LLS	850261	3	1	0	1	0	0
NLS	850269	23	16	0	8	0	0
NLS	850270	12	9	1	3	1	0
NLS	850271	13	11	0	3	1	0
PNTX-D	850278	16	4	1	12	1	0
PNTX-D	850279	9	4	0	5	0	0
PNTX-D	850280	10	5	0	4	1	0
Gesamt		**116**	**62**	**2**	**56**	**7**	**0**

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren je Auswertungsmodul beschrieben.

Herzchirurgie

Nach dem Abgleich der Sollstatistiken haben 99 von 100 Krankenhausstandorte Datensätze geliefert. Ein Krankenhausstandort hat keine Datensätze geliefert. In diesem Krankenhausstandort wurde laut Sollstatistik lediglich ein Patient behandelt, sodass entsprechend der Rechenregel des Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation die Mindestfallzahl von 5 Fällen im QS-Verfahren nicht erreicht wurde, dadurch folgerichtig kein rechnerisches Ergebnis vorliegt und richtliniengemäß auf einen Strukturierten Dialog verzichtet wurde.

Insgesamt waren im Verfahrensgebiet *Herzchirurgie* von allen überprüften AKs zur Vollzähligkeit 9 Standorte rechnerisch auffällig, von denen 8 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation bestätigten. Alle rechnerischen Auffälligkeiten und fehlerhaften Dokumentationen gehen auf den Zählleistungsbereich HCH-AORT-KATH zurück.

5.2.17 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) HCH-AORT-KATH

Es handelt sich hierbei um einen Zählleistungsbereich, der primär Reporting-Zwecken dient. Bei 9 Krankenhausstandorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden Stellungnahmen eingeholt, die in 8 Fällen auf Prozessdefizite auf Leistungserbringerseite hinwiesen. Die zugrunde liegenden Ursachen wurden dargestellt und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Ursachen waren z. B. Softwarefehler oder die falsche Dokumentation von OPS-Codes. Nach einer Klinikschließung wurden nicht mehr alle Fälle exportiert.

AK-ID 850289 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)
Von 92 datenliefernden Standorten wurde ein Standort (1,1 %) hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (endovaskulär*) rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog wurden fehlerhafte Dokumentationen für diesen Standort identifiziert.

AK-ID 850290 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)
Keiner der 92 datenliefernden Standorten wurde im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)* rechnerisch auffällig.

AK-ID 850291= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)
Von 75 Standorten, die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)* lieferten, wurden 7 Standorte (9,3 %) rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog wurden bei 7 Standorten fehlerhafte Dokumentationen festgestellt.

AK-ID 850292 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)
Einer der 75 datenliefernden Standorte (1,3 %) wurde zum *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)* rechnerisch auffällig. Durch die angeforderte Stellungnahme konnte für diesen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 62: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH

	850289	850290	850291	850292
Anzahl datenliefernder Standorte	92	92	75	75
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	0	7	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	1	0	7	1
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0	7	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0

AK-ID 850289 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)

AK-ID 850290 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)

AK-ID 850291 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)

AK-ID 850292 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)

5.2.18 Herzchirurgie (HCH-D)

Im Auswertungsmodul HCH-D wiesen keine der datenliefernden Standorte rechnerische Auffälligkeiten weder in den *Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation* noch im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* auf.

Tabelle 63: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HCH-D

	850253	850254	850281
Anzahl datenliefernder Standorte	99	99	100
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	0
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0

AK-ID 850253 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850254 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850281 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Transplantationsmedizin

Seit dem Erfassungsjahr 2017 werden für die Berechnung der Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up sowie der Qualitätsindikatoren zur Transplantatfunktion 1, 2 und 3 Jahre nach der Transplantation nur noch die Datensätze berücksichtigt, bei denen das definierte Zeitfenster zur Erhebung der Informationen eingehalten wurde. Für das 1-Jahres-Follow-up gilt der Zeitraum „30 Tage vor bis 60 Tage nach dem Operationsdatum plus 1 Jahr“, für das 2- und 3-Jahres-Follow-up hingegen wurde der zulässige Dokumentationszeitraum – aufgrund des für die Transplantationszentren hohen Aufwands der rechtzeitigen Erhebung der Follow-up-Informationen – auf „30 Tage vor bis 90 Tage nach dem Operationsdatum plus 2 bzw. 3 Jahre“ festgelegt. Hintergrund der Änderung war es, eine valide Vergleichbarkeit der Transplantationszentren hinsichtlich der nachhaltigen Behandlungsqualität zu ermöglichen.

Zum Erfassungsjahr 2018 erhielten Zentren, die ausschließlich aufgrund dieser Änderung in den Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate zum 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up rechnerisch auffällig wurden, lediglich einen Hinweis (H99), mussten aber keine Stellungnahme einreichen.

In den Auffälligkeitskriterien zu Dokumentationsraten der einzelnen QS-Verfahren endet der zulässige Follow-up-Erhebungszeitraum für einzelne Fälle gegebenenfalls nach dem 28. Februar (Datenlieferfrist). Fälschlicherweise wurden diese Fälle in die Berechnung des Ergebnisses miteinbezogen. Resultierte aufgrund dieser fehlerhaften Berechnung eine rechnerische Auffälligkeit für einen Krankenhausstandort, so wurde diese in allen Fällen mit „U99“ bewertet und mit dem (öffentlichen) Kommentar „Es handelt sich hierbei um einen Fehler bei der Berechnung des Indikatorergebnisses durch das IQTIG. Es besteht keine rechnerische oder qualitative Auffälligkeit aufseiten des Krankenhauses.“ versehen. Durch diesen Kommentar wird das Unverschulden der rechnerischen Auffälligkeit aufseiten des Leistungserbringers deutlich gemacht. Die Krankenhausstandorte wurden hierüber einzeln informiert. Die fälschlicherweise einbezogenen Fälle werden folglich in die Grundgesamtheit des nächsten Jahres eingehen und im nächsten Strukturierten Dialog evaluiert.

Insgesamt lagen im Verfahrensgebiet *Transplantationsmedizin* von allen überprüften AKs zur Vollzähligkeit 138 rechnerische Auffälligkeiten vor, zu welchen 51-mal ein Hinweis versandt wurde und 87-mal um eine Stellungnahme gebeten wurde. Standorte, welche um eine Stellungnahme gebeten wurden, bestätigten im Strukturierten Dialog 65-mal eine fehlerhafte Dokumentation. 15-mal wurde eine „U99“ mit oben erläutertem Kommentar vergeben. An einem Standort konnte die korrekte Dokumentation bestätigt werden (U30). Die Bewertung „Sonstiges“ wurde insgesamt 6-mal (auch 6 Standorte) vergeben, von denen an 3 Standorten Softwareprobleme geltend gemacht wurden und an den anderen 3 Standorten die Fälle in einem anderen AK evaluiert wurden.

5.2.19 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-D)

Weil die Betrachtung im einzelnen Auswertungsmodul erfolgt (HTXM-MKU und HTXM-TX) und es zudem eine erhebliche Anzahl von Häusern in HTXM-D gibt, die keine Fallzahlen unter HTX (Herztransplantationen) generieren, wurden die AKs zu HTXM-D ab dem Erfassungsjahr 2019 gestrichen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt hiermit letztmalig zum Erfassungsjahr 2018.

AK-ID 850251 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation [entfällt zukünftig]
4 der 62 datenliefernden Standorte (6,5 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* rechnerisch auffällig. Ein Standort war bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog konnten bei 2 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft. 2 Standorte wurden als Ergebnis des Strukturierten Dialogs mit „Sonstiges“ bewertet.

AK-ID 850252 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation [entfällt zukünftig]
Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurde einer der 62 datenliefernden Standorte (1,6 %) rechnerisch auffällig. Nach durchgeführtem Strukturierten Dialog wurde dieser Standort mit „Sonstiges“ bewertet.

Tabelle 64: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-D

	850251	**850252**
Anzahl datenliefernder Standorte	62	62
Rechnerische Auffälligkeiten		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	4	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	1	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0
Maßnahmen		
Hinweise verschickt	0	0
Stellungnahmen angefordert	4	1
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2	0
Sonstiges [S91, S99]	2	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	1	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0

AK-ID 850251 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
AK-ID 850252 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

5.2.20 Herztransplantation (HTXM-TX)

AK-ID 850239 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)
Einer der 21 (4,8 %) datenliefernden Standorte wurde im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)* rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog wurden bei diesem Standort fehlerhafte Dokumentationen identifiziert.

AK-ID 850240 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)
Von 21 Standorten, die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)* lieferten, wurden 2 Standorte (9,5 %) rechnerisch auffällig. Durch die angeforderten Stellungnahmen wurde für beide Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt.

AK-ID 850257 = Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
4 der 20 datenliefernden Standorte (20,0 %) wurden in der *Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up* rechnerisch auffällig. An einen Standort wurde ein Hinweis verschickt und von 3 Standorten eine Stellungnahme angefordert. Dadurch konnten bei 2 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden. Der andere Standort erhielt im Ergebnis die Bewertung „Sonstiges“.

AK-ID 850258 = Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
Hinsichtlich der *Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up* wurden 3 der 22 datenliefernden Standorte (13,6 %) rechnerisch auffällig. Nach durchgeführtem Strukturierten Dialog konnte für einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für einen Standort fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden. Bei einem weiteren Standort wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

AK-ID 850259 = Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
2 der 21 Standorte (9,5 %), die Daten zur *Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Durch die beiden angeforderten Stellungnahmen konnten für einen Standort fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden. Für den zweiten Standort wurde im Ergebnis die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Tabelle 65: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX

	850239	850240	850257	850258	850259
Anzahl datenliefernder Standorte	21	21	20	22	21
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	2	4	3	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0

	850239	850240	850257	850258	850259
Maßnahmen					
Hinweise verschickt	0	0	1	0	0
Stellungnahmen angefordert	1	2	3	3	2
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	2	0	1	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0	2	1	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0	1	1	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0

AK-ID 850239 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)

AK-ID 850240 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)

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

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

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

5.2.21 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU)

AK-ID 850249 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)* wurden 3 der 62 datenliefernden Standorte (4,8 %) rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog konnten für alle 3 rechnerisch auffälligen Standorte fehlerhafte Dokumentationen festgestellt werden.

AK-ID 850250 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)* wurden 2 der 62 datenliefernden Standorte (3,2 %) rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs lagen für einen Standort die korrekte Dokumentation und an dem zweiten Standort fehlerhafte Dokumentationen vor.

Tabelle 66: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-MKU

	850249	850250
Anzahl datenliefernder Standorte	62	62
Rechnerische Auffälligkeiten		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	1	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0
Maßnahmen		
Hinweise verschickt	0	0
Stellungnahmen angefordert	3	2
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	3	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0

AK-ID 850249 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

AK-ID 850250 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

5.2.22 Lungen- und Herzlungentransplantation (LUTX)

AK-ID 850245 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Von 14 datenliefernden Standorten wies kein Standort eine rechnerische Auffälligkeit im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* auf.

AK-ID 850246 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Ebenso wies keiner der 14 Standorte, die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* lieferten, eine rechnerische Auffälligkeit auf.

AK-ID 850266 = Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
Keiner der 13 datenliefernden Standorte wurde hinsichtlich der *Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up* rechnerisch auffällig.

AK-ID 850267 = Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
Einer der 16 Standorte (6,2 %), die Daten zur *Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up* lieferten, wurde rechnerisch auffällig. Nach angeforderter Stellungnahme konnte für diesen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

AK-ID 850268 = Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Hinsichtlich der *Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up* wurden 2 der 15 datenliefernden Standorte (13,3 %) rechnerisch auffällig. Nach durchgeführtem Strukturierten Dialog konnte für beide Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 67: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LUTX

	850245	850246	850266	850267	850268
Anzahl datenliefernder Standorte	14	14	13	16	15
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	0	1	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt	0	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	0	1	2
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0

	850245	850246	850266	850267	850268
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	1	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0

AK-ID 850245 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850246 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850266 = Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850267 = Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850268 =Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

5.2.23 Lebertransplantation (LTX)

AK-ID 850243 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Von 21 datenliefernden Standorten wies kein Standort eine rechnerische Auffälligkeit im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* auf.

AK-ID 850244 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Ebenso wies keiner der 21 Standorte, die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* lieferten, eine rechnerische Auffälligkeit auf.

AK-ID 850263 = Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
Von 22 Standorten, die Daten zur *Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up* lieferten, wurden 9 Standorte (40,1 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden insgesamt von 8 Standorten Stellungnahmen angefordert und an einen Standort ein Hinweis verschickt. Nach durchgeführtem Strukturierten Dialog wurde bei 8 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Ein Standort wies bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

AK-ID 850264 = Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
Von 21 datenliefernden Standorten zur *Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up* wurden 4 Standorte (19 %) rechnerisch auffällig. 2 Standorte waren bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden von 3 Standorten Stellungnahmen angefordert und an einen Standort ein Hinweis verschickt. Durch die angeforderten Stellungnahmen konnten für 2 Standorte

eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei einem Standort fehlerhafte Dokumentationen festgestellt werden.

AK-ID 850265 = Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

Hinsichtlich der *Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up* wurden 10 der 24 datenliefernden Standorte (41,7 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 5 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden von 8 Standorten Stellungnahmen angefordert und an 2 Standorte Hinweise verschickt. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs dokumentierten 2 Standorte korrekt und 6 Standorte fehlerhaft. Davon wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 68: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LTX

	850243	850244	850263	850264	850265
Anzahl datenliefernder Standorte	21	21	22	21	24
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	9	4	10
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	3	2	5
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt	0	0	1	1	2
Stellungnahmen angefordert	0	0	8	3	8
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	2	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	8	1	6
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0

	850243	850244	850263	850264	850265
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	1	0	1
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0

AK-ID 850243 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850244 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850263 = Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850264 = Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850265 = Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

5.2.24 Leberlebendspende (LLS)

AK-ID 850241 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Von 9 datenliefernden Standorten wies kein Standort eine rechnerische Auffälligkeit im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* auf.

AK-ID 850242 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Ebenso wies keiner der 9 Standorte, die Daten zum A*uffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* lieferten, eine rechnerische Auffälligkeit auf.

AK-ID 850260 = Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
2 der 10 datenliefernden Standorte (20,0 %) wurden hinsichtlich der *Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up* rechnerisch auffällig. Daraufhin wurde an einen Standort ein Hinweis versendet und von einem Standort eine Stellungnahme angefordert. Durch die angeforderte Stellungnahme konnten bei dem Standort fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden.

AK-ID 850261 = Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
Von 10 Standorten, die Daten zur *Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up* lieferten, wurden 3 Standorte (30,0 %) rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurde ein Hinweis verschickt und 2 Stellungnahmen angefordert. Mithilfe des Strukturierten Dialogs konnten bei einem Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei einem Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850262 = Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Hinsichtlich der *Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up* wurden 2 der 11 datenliefernden Standorte (18,2 %) rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde an beiden Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Tabelle 69: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LLS

	850241	850242	850260	850261	850262
Anzahl datenliefernder Standorte	9	9	10	10	11
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	2	3	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	0	1	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt	0	0	1	1	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	1	2	2
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	1	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	1	1	2
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0

AK-ID 850241 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850242 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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

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

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

5.2.25 Nierenlebendspende (NLS)

AK-ID 850247 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Keiner der 38 datenliefernden Standorte wurde im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* rechnerisch auffällig.

AK-ID 850248 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Ebenso wurde keiner der 38 Standorte, die Daten bezüglich des *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* lieferten, rechnerisch auffällig.

AK-ID 850269 = Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
Bezüglich der *Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up* wurden 23 der 38 datenliefernden Standorte (60,5 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 16 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 auffällig. Es wurden an 15 Standorte Hinweise verschickt und von 8 Standorten Stellungnahmen angefordert, die im Ergebnis für alle Standorte fehlerhafte Dokumentationen ergaben.

AK-ID 850270 = Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
12 der 38 datenliefernden Standorte (31,6 %) wurden hinsichtlich der *Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up* rechnerisch auffällig. Davon waren 9 Standorte im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 auffällig. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden 9 Hinweise verschickt und 3 Stellungnahmen angefordert, die für alle 3 Standorte fehlerhafte Dokumentation ergaben. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

AK-ID 850271 = Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Hinsichtlich der *Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up* wurden 13 der 38 datenliefernden Standorte (34,2 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 11 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurden an 9 Standorte Hinweise verschickt und von 4 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis dokumentierte ein Standort korrekt und die anderen 3 Standorte fehlerhaft. Ein Standort wies bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 70: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NLS

	850247	850248	850269	850270	850271
Anzahl datenliefernder Standorte	38	38	38	38	38
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	23	12	13
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	16	9	11
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	1	0

	850247	850248	850269	850270	850271
Maßnahmen					
Hinweise verschickt	0	0	15	9	9
Stellungnahmen angefordert	0	0	8	3	4
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	8	3	3
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	0	1	1
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0

AK-ID 850247 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850248 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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

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

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

5.2.26 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)

AK-ID 850255 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* wurde keiner der 38 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig.

AK-ID 850256 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Ebenso wurde keiner der 38 datenliefernden Standorte im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig.

AK-ID 850278 = Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
Hinsichtlich der *Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up* wurden 16 der 39 datenliefernden Standorte (41,0 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2016 rechnerisch auffällig. Es wurden an

4 Standorte Hinweise verschickt und von 12 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden bei allen 12 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Ein Standort wies bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

AK-ID 850279 = Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
9 der 40 Standorte (22,5 %), die Daten zur *Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. 4 Standorte waren bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 3 Standorte Hinweise verschickt und von 6 Standorten Stellungnahmen angefordert. Bei einem Standort konnte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 5 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden.

AK-ID 850280 = Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Von 38 datenliefernden Standorten wurden 10 Standorte (26,3 %) hinsichtlich der *Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up* rechnerisch auffällig. Davon waren 5 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. An 4 Standorte wurde ein Hinweis verschickt und von 6 Standorten eine Stellungnahme angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte bei 2 Standorten die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 4 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden. Ein Standort wies bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 71: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul PNTX-D

	850255	850256	850278	850279	850280
Anzahl datenliefernder Standorte	38	38	39	40	38
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	16	9	10
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017	0	0	4	4	5
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	1	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt	0	0	4	3	4
Stellungnahmen angefordert	0	0	12	6	6
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0

	850255	850256	850278	850279	850280
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	1	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	12	5	4
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017	0	0	1	0	1
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0

AK-ID 850255 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850256 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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

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

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

Literatur

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL): Änderung von § 24 Absatz 2. [Stand:] 22.03.2019. Berlin: G-BA. BAnz AT 31.05.2019 B1. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3739/2019-03-22_QSKH-RL_Aenderung-%C2%A724-Abs2_BAnz.pdf (abgerufen am: 27.05.2020).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Bericht zur Datenvalidierung 2016. Erfassungsjahr 2015. Stand: 15.05.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2015/IQTIG_Bericht-zur-Datenvalidierung-2016.pdf (abgerufen am: 24.02.2020).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Bericht zur Datenvalidierung 2018 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2017. Stand: 30.08.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/2019-08-30_IQTIG_Bericht-zur-Datenvalidierung-2018-QSKH-RL_EJ-2017.pdf (abgerufen am: 24.02.2020).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020a): Bericht über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie des Datenvalidierungsverfahrens 2019. Stand: 13.03.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020b): Bericht zum Strukturierten Dialog 2019. Erfassungsjahr 2018. Stand: 15.05.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020c): Kriterien für den gezielten Datenabgleich in der Datenvalidierung nach QSKH-RL. Abschlussbericht. Stand: 31.01.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020d): Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern. Abschlussbericht zu Stufe 1 und Stufe 2. Stand: 31.01.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

Anlage zum Beschluss

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zur Datenvalidierung 2019 (nach QSKH-RL)

Erfassungsjahr 2018. Anhang

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Juni 2020

Impressum

Thema:
Bericht zur Datenvalidierung 2019 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2018. Anhang

Ansprechpartnerin:
Anna Maria Steinmann

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
15. Juni 2020

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
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
1 Gezielter Datenabgleich 6
1.1 Gezielter Datenabgleich 09n2 HSM-AGGW 6
1.2 Gezielter Datenabgleich 17n1-HÜFT-FRAK 20
1.3 Gezielter Datenabgleich HCH-KCH 64
2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 103
2.1 Stichprobenverfahren NEO 103
2.2 Stichprobenverfahren HTXM-MKU 139
3 Relevante Ereignisse, deren Unterdokumentation einen gezielten Datenabgleich auslösen (Relevanzkriterien) 167
3.1 Auswertungsmodul NEO 167
3.2 Auswertungsmodul HTXM-MKU 168
4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 170
5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 187
5.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation 192
5.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation 202
5.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz 212
5.4 Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate im Follow-up 220

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte relevante Ereignisse für das QS-Verfahren NEO auf Grundlage des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018) 167
Tabelle 2: Ausgewählte relevante Ereignisse für das Auswertungsmodul HTXM-MKU auf Grundlage des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018) 168
Tabelle 3: Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018 nach QS-Verfahren 170
Tabelle 4: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018 174
Tabelle 5: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018..... 178
Tabelle 6: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018..... 183
Tabelle 7: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018..... 185
Tabelle 8:Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Vollzähligkeit zum EJ 2018 nach QS-Verfahren 187
Tabelle 9: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018 192
Tabelle 10: Bewertungen nach dem Strukturiertem Dialog pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018 195
Tabelle 11: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018 198
Tabelle 12: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018 200
Tabelle 13: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018 202
Tabelle 14: Bewertungen nach dem Strukturiertem Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018..... 205
Tabelle 15: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018 208
Tabelle 16: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018 210
Tabelle 17: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018212
Tabelle 18: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018..... 214
Tabelle 19: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018 216
Tabelle 20: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018 218

Tabelle 21: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-up zum EJ 2018 220
Tabelle 22: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-up zum EJ 2018 222

1 Gezielter Datenabgleich

Erläuterung zu den Kreuztabellen:

- „Keine Angabe“ in der Patientenakte bedeutet, dass bei der Datenvalidierung aufgrund der Angabe im Filterfeld dieses Datenfeld nicht ausgefüllt werden musste.
- „Keine Angabe („nein“)“ bedeutet, dass es nur die Antwortmöglichkeit ja gab.

Erläuterung zu den Übersichtstabellen:

- „Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)“ bedeutet, dass das Datenfeld in der QS-Dokumentation leer gelassen werden konnte (z. B. aufgrund von Plausibilitätsregeln) und deshalb diese Fälle als Übereinstimmung gewertet werden.

1.1 Gezielter Datenabgleich 09n2 HSM-AGGW

1.1.1 Übersicht Datenfeld Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff (DF 16) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	19	16,52 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	86	74,78 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	10	8,70 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	86/115	74,78 %
Abweichungsrate	29/115	25,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	70,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	30,00 %

1.1.2 Kreuztabelle Datenfeld Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff (DF 16) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					
		1: stationär, eigene Institution	**2: stationär, andere Institution**	**3: stationsersetzend/ambulant, eigene Institution**	**4: stationsersetzend/ambulant, andere Institution**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: stationär, eigene Institution**	53	5	1	0	1	**60**
	2: stationär, andere Institution	4	33	0	0	18	**55**
	3: stationsersetzend/ambulant, eigene Institution	0	0	0	0	0	**0**
	4: stationsersetzend/ambulant, andere Institution	0	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**57**	**38**	**1**	**0**	**19**	**115**
Fehldokumentationsrate: 25,22 % (29/115)							

1.1.3 Übersicht Datenfeld Dauer des Eingriffs (DF 19) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	111	96,52 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	3,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	111/115	96,52 %
Abweichungsrate	4/115	3,48 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	30,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	70,00 %

1.1.4 Übersicht Datenfeld System (DF 20) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	112	97,39 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	2,61 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	112/115	97,39 %
Abweichungsrate	3/115	2,61 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	10,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9	90,00 %

1.1.5 Kreuztabelle Datenfeld System (DF 20) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert							
		1: VVI	**2: AAI**	**3: DDD**	**4: VDD**	**5: CRT-System mit einer Vor-hofsonde**	**6: CRT-System ohne Vor-hofsonde**	**9: sonstiges**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: VVI**	20	0	0	0	0	0	0	**20**
	2: AAI	0	1	0	0	0	0	0	**1**
	3: DDD	0	0	89	0	0	0	0	**89**
	4: VDD	0	0	0	1	0	0	0	**1**
	5: CRT-System mit einer Vorhofsonde	0	0	0	0	1	0	0	**1**
	6: CRT-System ohne Vorhofsonde	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	9: sonstiges	1	0	2	0	0	0	0	**3**
	Gesamt	**21**	**1**	**91**	**1**	**1**	**0**	**0**	**115**
Fehldokumentationsrate: 2,61 % (3/115)									

1.1.6 Übersicht Datenfeld Reizschwelle (DF 21.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	72	91,14 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	8,86 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	79	100,00 %
Übereinstimmungsrate	72/79	91,14 %
Abweichungsrate	7/79	8,86 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	55,56 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	44,44 %

1.1.7 Übersicht Datenfeld Reizschwelle nicht gemessen (DF 21.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	92,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	7,14 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	14	100,00 %
Übereinstimmungsrate	13/14	92,86 %
Abweichungsrate	1/14	7,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	16,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	83,33 %

1.1.8 Kreuztabelle Datenfeld Reizschwelle nicht gemessen (DF 21.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		9: aus anderen Gründen	**1: wegen Vorhofflimmerns**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**9: aus anderen Gründen**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	1: wegen Vorhofflimmerns	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	13	**13**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/13)**
	Keine Angabe	0	1	**1**	
	Gesamt	**0**	**14**	**14**	
		Sensitivität (0/0) = -	**Spezifität (13/14) = 92,86 %**		
Fehldokumentationsrate 7,14 % (1/14)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/14)**		

1.1.9 Übersicht Datenfeld P-Wellen-Amplitude (DF 22.1) zu EJ 2018

	Anzahl	**Anteil**
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	75	89,29 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	9	10,71 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	84	100,00 %
Übereinstimmungsrate	75/84	89,29 %
Abweichungsrate	9/84	10,71 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	44,44 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	55,56 %

1.1.10 Übersicht Datenfeld P-Wellen-Amplitude nicht gemessen (DF 22.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	8	88,89 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	11,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	9	100,00 %
Übereinstimmungsrate	8/9	88,89 %
Abweichungsrate	1/9	11,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	16,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	83,33 %

1.1.11 Kreuztabelle Datenfeld P-Wellen-Amplitude nicht gemessen (DF 22.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: wegen Vorhofflimmerns	**2: fehlender Vorhofeigenrhythmus**	**9: aus anderen Gründen**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: wegen Vorhofflimmerns**	3	0	0	**3**
	2: fehlender Vorhofeigenrhythmus	0	3	0	**3**
	9: aus anderen Gründen	0	0	2	**2**
	Keine Angabe	0	0	1	**1**
	Gesamt	**3**	**3**	**3**	**9**
Fehldokumentationsrate 11,11 % (1/9)					

1.1.12 Übersicht Datenfeld Reizschwelle (DF 23.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	106	93,81 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	6,19 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	113	100,00 %
Übereinstimmungsrate	106/113	93,81 %
Abweichungsrate	7/113	6,19 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	40,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	6	60,00 %

1.1.13 Übersicht Datenfeld Reizschwelle nicht gemessen (DF 23.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	100,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1	100,00 %
Übereinstimmungsrate	0/1	0,00 %
Abweichungsrate	1/1	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.1.14 Kreuztabelle Datenfeld Reizschwelle nicht gemessen (DF 23.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	**1**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (1/1)**
	Gesamt	**1**	**0**	**1**	
		Sensitivität (0/1) = 0 %	**Spezifität (0/0) = -**		
Fehldokumentationsrate 100 % (1/1)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 100 % (1/1)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**		

1.1.15 Übersicht Datenfeld R-Amplitude (DF 24.1) zu EJ 2018

	Anzahl	**Anteil**
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	82	89,13 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	10	10,87 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	92	100,00 %
Übereinstimmungsrate	82/92	89,13 %
Abweichungsrate	10/92	10,87 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	80,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	20,00 %

1.1.16 Übersicht Datenfeld R-Amplitude nicht gemessen (DF 24.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	90,91 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	9,09 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	22	100,00 %
Übereinstimmungsrate	20/22	90,91 %
Abweichungsrate	2/22	9,09 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	10,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9	90,00 %

1.1.17 Kreuztabelle Datenfeld R-Amplitude nicht gemessen (DF 24.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		9: aus anderen Gründen	**1: kein Eigenrhythmus**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**9: aus anderen Gründen**	1	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**2**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 50 % (1/2)**
	1: kein Eigenrhythmus	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	19	**19**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/19)**
	Keine Angabe	0	1	**1**	
	Gesamt	**1**	**21**	**22**	
		Sensitivität (1/1) = 100 %	**Spezifität (19/21) = 90,48 %**		
Fehldokumentationsrate 9,09 % (2/22)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 4,76 % (1/21)**		

1.1.18 Übersicht Datenfeld Reizschwelle (DF 25.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1	100,00 %
Übereinstimmungsrate	1/1	100,00 %
Abweichungsrate	0/1	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	100,00 %

1.1.19 Übersicht Datenfeld Reizschwelle nicht gemessen (DF 25.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.1.20 Übersicht Datenfeld peri- bzw. postoperative Komplikation(en) (DF 26) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	115	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	115/115	100,00 %

	Anzahl	Anteil
Abweichungsrate	0/115	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	10	100,00 %

1.1.21 Kreuztabelle Datenfeld peri- bzw. postoperative Komplikation(en) (DF 26) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	0: nein	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	115	**115**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/115)**
	Gesamt	**0**	**115**	**115**	
		Sensitivität (0/0) = -	**Spezifität (115/115) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/115)**		

1.1.22 Übersicht Datenfeld kardiopulmonale Reanimation (DF 27.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.1.23 Übersicht Datenfeld interventionspflichtiges Taschenhämatom (DF 27.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.1.24 Übersicht Datenfeld postoperative Wundinfektion (DF 27.3) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.1.25 Übersicht Datenfeld sonstige interventionspflichtige Komplikation (DF 27.4) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-

	Anzahl	Anteil
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.1.26 Übersicht Datenfeld Entlassungsgrund (DF 29) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	115	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	115/115	100,00 %
Abweichungsrate	0/115	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	10	100,00 %

1.1.27 Kreuztabelle Datenfeld Entlassungsgrund (DF 29) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		07: Tod	**99: lebend**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**07: Tod**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	99: lebend	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	115	**115**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/115)**
	Gesamt	**0**	**115**	**115**	
		Sensitivität (0/0) = -	**Spezifität (115/115) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/115)**		

1.2 Gezielter Datenabgleich 17n1-HÜFT-FRAK

1.2.1 Übersicht Datenfeld Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus (DF 8) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	619	99,20 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	0,80 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	619/624	99,20 %
Abweichungsrate	5/624	0,80 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	12,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	28	87,50 %

1.2.2 Übersicht Datenfeld Frakturereignis (DF 12) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	623	99,84 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,16 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	623/624	99,84 %
Abweichungsrate	1/624	0,16 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	31	96,88 %

1.2.3 Kreuztabelle Datenfeld Fraktureereignis (DF 12) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		2: ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	**1: war Grund für die akut-stationäre Aufnahme**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**2: ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes**	13	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**13**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/13)**
	1: war Grund für die akut-stationäre Aufnahme	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	610	**611**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,16 % (1/611)**
	Gesamt	**14**	**610**	**624**	
		Sensitivität (13/14) = 92,86 %	**Spezifität (610/610) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0,16 % (1/624)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 7,14 % (1/14)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/610)**		

1.2.4 Übersicht Datenfeld Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes) (DF 13) zu EJ 2018

	Anzahl	**Anteil**
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	12	85,71 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	14,29 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	14	100,00 %
Übereinstimmungsrate	12/14	85,71 %
Abweichungsrate	2/14	14,29 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	15,38 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	11	84,62 %

1.2.5 Übersicht Datenfeld Zeitpunkt der Fraktur (DF 14) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	7,14 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	42,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	50,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	14	100,00 %
Übereinstimmungsrate	6/14	42,86 %
Abweichungsrate	8/14	47,14%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	53,85 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	6	46,15 %

1.2.6 Übersicht Datenfeld Frakturlokalisation (DF 15) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	604	96,79 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	3,21 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	604/624	96,79 %
Abweichungsrate	20/624	3,21 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	12	37,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	20	62,50 %

1.2.7 Kreuztabelle Datenfeld Frakturlokalisation (DF 15) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: medial	**2: lateral**	**3: pertrochan-tär**	**9: sonstige**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumen-tiert	**1: medial**	63	2	1	0	**66**
	2: lateral	0	19	1	0	**20**
	3: pertrochantär	1	1	510	0	**512**
	9: sonstige	1	3	10	12	**26**
	Gesamt	**65**	**25**	**522**	**12**	**624**
Fehldokumentationsrate: 3,21 % (20/624)						

1.2.8 Übersicht Datenfeld Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen (DF 17) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	571	91,51 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	53	8,49 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	571/624	91,51 %
Abweichungsrate	53/624	8,49 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	21	65,62 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	11	34,38 %

1.2.9 Kreuztabelle Datenfeld Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen (DF 17) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	212	8 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**220**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 3,64 % (8/220)**
	0: nein	45 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	359	**404**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 11,14 % (45/404)**
	Gesamt	**257**	**367**	**624**	
		Sensitivität (212/257) = 82,49 %	**Spezifität (359/367) = 97,82 %**		
Fehldokumentationsrate 8,49 % (53/624)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 17,51 % (45/257)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,18 % (8/367)**		

1.2.10 Übersicht Datenfeld Vitamin-K-Antagonisten (DF 18.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	254	95,85 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	4,15 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	265	100,00 %
Übereinstimmungsrate	254/265	95,85 %
Abweichungsrate	11/265	4,15 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	21,88 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25	78,12 %

1.2.11 Kreuztabelle Datenfeld Vitamin-K-Antagonisten (DF 18.1) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	33	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**36**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 8,33 % (3/36)**
	Keine Angabe (nein)	8 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	221	**229**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 3,49 % (8/229)**
	Gesamt	**41**	**224**	**265**	
		Sensitivität (33/41) = 80,49 %	**Spezifität (221/224) = 98,66 %**		
Fehldokumentationsrate 4,15 % (11/265)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 19,51 % (8/41)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 1,34 % (3/224)**		

1.2.12 Übersicht Datenfeld Thrombozytenaggregationshemmer (DF 18.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	221	83,40 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	44	16,60 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	265	100,00 %
Übereinstimmungsrate	221/265	83,40 %
Abweichungsrate	44/265	16,60 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	18	56,25 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	43,75 %

1.2.13 Kreuztabelle Datenfeld Thrombozytenaggregationshemmer (DF 18.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	114	6 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**120**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 5 % (6/120)**
	Keine Angabe (nein)	38 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	107	**145**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 26,21 % (38/145)**
	Gesamt	**152**	**113**	**265**	
		Sensitivität (114/152) = 75 %	**Spezifität (107/113) = 94,69 %**		
Fehldokumentationsrate 16,6 % (44/265)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (38/152)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 5,31 % (6/113)**		

1.2.14 Übersicht Datenfeld DOAK/NOAK (DF 18.3) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	247	93,21 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	6,79 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	265	100,00 %
Übereinstimmungsrate	247/265	93,21 %
Abweichungsrate	18/265	6,79 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	28,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23	71,88 %

1.2.15 Kreuztabelle Datenfeld DOAK/NOAK (DF 18.3) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	57	7 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**64**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 10,94 % (7/64)**
	Keine Angabe (nein)	11 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	190	**201**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 5,47 % (11/201)**
	Gesamt	**68**	**197**	**265**	
		Sensitivität (57/68) = 83,82 %	**Spezifität (190/197) = 96,45 %**		
Fehldokumentationsrate 6,79 % (18/265)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 16,18 % (11/68)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 3,55 % (7/197)**		

1.2.16 Übersicht Datenfeld sonstige (DF 18.4) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	262	98,87 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	1,13 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	265	100,00 %
Übereinstimmungsrate	262/265	98,87 %
Abweichungsrate	3/265	1,13 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	9,38 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	29	90,62 %

1.2.17 Kreuztabelle Datenfeld sonstige (DF 18.4) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	3	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**6**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 50 % (3/6)**
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	259	**259**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/259)**
	Gesamt	**3**	**262**	**265**	
		Sensitivität (3/3) = 100 %	**Spezifität (259/262) = 98,85 %**		
Fehldokumentationsrate 1,13 % (3/265)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/3)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 1,15 % (3/262)**		

1.2.18 Übersicht Datenfeld Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) (DF 19) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	128	20,51 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	449	71,96 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	47	7,53 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	449/624	71,96 %
Abweichungsrate	175/624	28,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	78,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	21,88 %

1.2.19 Kreuztabelle Datenfeld Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) (DF 19) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		1: unbegrenzt (> 500m)	**2: Gehen am Stück bis 500m möglich**	**3: auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)**	**4: im Zimmer mobil**	**5: immobil**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: unbegrenzt (> 500m)**	147	6	0	0	0	26	**179**
	2: Gehen am Stück bis 500m möglich	12	120	4	2	1	38	**177**
	3: auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)	3	6	111	2	2	42	**166**
	4: im Zimmer mobil	2	0	2	55	2	17	**78**
	5: immobil	1	1	0	1	16	5	**24**
	Gesamt	**165**	**133**	**117**	**60**	**21**	**128**	**624**
Fehldokumentationsrate: 28,04 % (175/624)								

1.2.20 Übersicht Datenfeld Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) (DF 20) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	536	85,90 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	88	14,10 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	536/624	85,90 %
Abweichungsrate	88/624	14,10 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	24	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	25,00 %

1.2.21 Kreuztabelle Datenfeld Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) (DF 20) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					
		0: keine	**1: Unterarmgehstützen/Gehstock**	**2: Rollator/Gehbock**	**3: Rollstuhl**	**4: bettlägerig**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: keine**	264	3	21	2	1	**291**
	1: Unterarmgehstützen/Gehstock	10	44	1	0	0	**55**
	2: Rollator/Gehbock	33	2	198	7	1	**241**
	3: Rollstuhl	1	0	0	26	1	**28**
	4: bettlägerig	1	0	3	1	4	**9**
	Gesamt	**309**	**49**	**223**	**36**	**7**	**624**
Fehldokumentationsrate: 14,1 % (88/624)							

1.2.22 Übersicht Datenfeld Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor? (DF 21) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	462	74,04 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	162	25,96 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	462/624	74,04 %
Abweichungsrate	162/624	25,96 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	78,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	21,88 %

1.2.23 Kreuztabelle Datenfeld Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor? (DF 21) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert							
		0: nein, liegt nicht vor	**1: ja, Pflegegrad 1**	**2: ja, Pflegegrad 2**	**3: ja, Pflegegrad 3**	**4: ja, Pflegegrad 4**	**5: ja, Pflegegrad 5**	**9: Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein, liegt nicht vor**	220	2	9	2	5	0	21	**259**
	1: ja, Pflegegrad 1	4	10	3	1	0	0	1	**19**
	2: ja, Pflegegrad 2	0	0	64	7	1	0	4	**76**
	3: ja, Pflegegrad 3	1	0	6	63	1	0	4	**75**
	4: ja, Pflegegrad 4	1	0	0	1	29	1	1	**33**
	5: ja, Pflegegrad 5	0	0	0	0	0	3	0	**3**
	9: Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	27	1	24	26	7	1	73	**159**
	Gesamt	**253**	**13**	**106**	**100**	**43**	**5**	**104**	**624**
Fehldokumentationsrate: 25,96 % (162/624)									

1.2.24 Übersicht Datenfeld Einstufung nach ASA-Klassifikation (DF 22) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	24	3,85 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	537	86,06 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	63	10,10 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	537/624	86,06 %
Abweichungsrate	87/624	13,94 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	24	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	25,00 %

1.2.25 Kreuztabelle Datenfeld Einstufung nach ASA-Klassifikation (DF 22) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		1: normaler, gesunder Patient	**2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung**	**3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung**	**4: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt**	**5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: normaler, gesunder Patient**	13	4	0	0	0	0	**17**
	2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	4	142	15	0	0	8	**169**
	3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	1	22	357	9	0	15	**404**
	4: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	0	0	8	25	0	1	**34**
	5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	0	0	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**18**	**168**	**380**	**34**	**0**	**24**	**624**
Fehldokumentationsrate: 13,94 % (87/624)								

1.2.26 Übersicht Datenfeld Beginn des Eingriffs (DF 25) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	603	96,63 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	21	3,37 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	603/624	96,63 %
Abweichungsrate	21/624	3,37 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	21,88 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25	78,12 %

1.2.27 Übersicht Datenfeld Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? (DF 29) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	608	97,44 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	16	2,56 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	608/624	97,44 %
Abweichungsrate	16/624	2,56 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	28,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23	71,88 %

1.2.28 Kreuztabelle Datenfeld Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? (DF 29) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	12	6 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**18**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 33,33 % (6/18)**
	0: nein	10 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	596	**606**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 1,65 % (10/606)**
	Gesamt	**22**	**602**	**624**	
		Sensitivität (12/22) = 54,55 %	**Spezifität (596/602) = 99 %**		
Fehldokumentationsrate 2,56 % (16/624)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 45,45 % (10/22)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 1 % (6/602)**		

1.2.29 Übersicht Datenfeld primäre Implantatfehllage (DF 30.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	28/28	100,00 %
Abweichungsrate	0/28	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	100,00 %

1.2.30 Kreuztabelle Datenfeld primäre Implantatfehllage (DF 30.1) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	28	**28**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/28)**
	Gesamt	**0**	**28**	**28**	
		Sensitivität (0/0) = -	**Spezifität (28/28) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/28)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/28)**		

1.2.31 Übersicht Datenfeld sekundäre Implantatdislokation (DF 30.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	27	96,43 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	3,57 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	27/28	96,43 %
Abweichungsrate	1/28	3,57 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	7,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	13	92,86 %

1.2.32 Kreuztabelle Datenfeld sekundäre Implantatdislokation (DF 30.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	2	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**2**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/2)**
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	25	**26**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 3,85 % (1/26)**
	Gesamt	**3**	**25**	**28**	
		Sensitivität (2/3) = 66,67 %	**Spezifität (25/25) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 3,57 % (1/28)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 33,33 % (1/3)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/25)**		

1.2.33 Übersicht Datenfeld OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom (DF 30.3) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	23	82,14 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	17,86 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	23/28	82,14 %
Abweichungsrate	5/28	17,86 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	21,43 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	11	78,57 %

1.2.34 Kreuztabelle Datenfeld OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom (DF 30.3) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	3	4 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**7**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 57,14 % (4/7)**
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	20	**21**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 4,76 % (1/21)**
	Gesamt	**4**	**24**	**28**	
		Sensitivität (3/4) = 75 %	**Spezifität (20/24) = 83,33 %**		
Fehldokumentationsrate 17,86 % (5/28)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (1/4)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 16,67 % (4/24)**		

1.2.35 Übersicht Datenfeld OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion (DF 30.4) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	28/28	100,00 %
Abweichungsrate	0/28	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	100,00 %

1.2.36 Kreuztabelle Datenfeld OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion (DF 30.4) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	28	**28**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/28)**
	Gesamt	**0**	**28**	**28**	
		Sensitivität (0/0) = -	**Spezifität (28/28) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/28)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/28)**		

1.2.37 Übersicht Datenfeld bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden (DF 30.5) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	28/28	100,00 %
Abweichungsrate	0/28	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	100,00 %

1.2.38 Kreuztabelle Datenfeld bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden (DF 30.5) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**1**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)**
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	27	**27**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/27)**
	Gesamt	**1**	**27**	**28**	
		Sensitivität (1/1) = 100 %	**Spezifität (27/27) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/28)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/27)**		

1.2.39 Übersicht Datenfeld Fraktur (DF 30.6) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	28/28	100,00 %
Abweichungsrate	0/28	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	100,00 %

1.2.40 Kreuztabelle Datenfeld Fraktur (DF 30.6) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	28	**28**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/28)**
	Gesamt	**0**	**28**	**28**	
		Sensitivität (0/0) = -	**Spezifität (28/28) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/28)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/28)**		

1.2.41 Übersicht Datenfeld reoperationspflichtige Wunddehiszenz (DF 30.7) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	28/28	100,00 %
Abweichungsrate	0/28	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	100,00 %

1.2.42 Kreuztabelle Datenfeld reoperationspflichtige Wunddehiszenz (DF 30.7) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	2	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**2**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/2)**
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	26	**26**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/26)**
	Gesamt	**2**	**26**	**28**	
		Sensitivität (2/2) = 100 %	**Spezifität (26/26) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/28)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/2)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/26)**		

1.2.43 Übersicht Datenfeld reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder (DF 30.8) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	26	92,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	7,14 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	26/28	92,86 %
Abweichungsrate	2/28	7,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	14,29 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	12	85,71 %

1.2.44 Kreuztabelle Datenfeld reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder (DF 30.8) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**1**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (1/1)**
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	26	**27**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 3,7 % (1/27)**
	Gesamt	**1**	**27**	**28**	
		Sensitivität (0/1) = 0 %	**Spezifität (26/27) = 96,3 %**		
Fehldokumentationsrate 7,14 % (2/28)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 100 % (1/1)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 3,7 % (1/27)**		

1.2.45 Übersicht Datenfeld sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (DF 30.9) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	19	67,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	9	32,14 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	19/28	67,86 %
Abweichungsrate	9/28	32,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	28,57 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	10	71,43 %

1.2.46 Kreuztabelle Datenfeld sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (DF 30.9) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	4	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**5**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 20 % (1/5)**
	Keine Angabe (nein)	8 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	15	**23**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 34,78 % (8/23)**
	Gesamt	**12**	**16**	**28**	
		Sensitivität (4/12) = 33,33 %	**Spezifität (15/16) = 93,75 %**		
Fehldokumentationsrate 32,14 % (9/28)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 66,67 % (8/12)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 6,25 % (1/16)**		

1.2.47 Übersicht Datenfeld postoperative Wundinfektion (DF 31) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	623	99,84 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,16 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	623/624	99,84 %
Abweichungsrate	1/624	0,16 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	31	96,88 %

1.2.48 Kreuztabelle Datenfeld postoperative Wundinfektion (DF 31) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	2	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**3**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 33,33 % (1/3)**
	0: nein	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	621	**621**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/621)**
	Gesamt	**2**	**622**	**624**	
		Sensitivität (2/2) = 100 %	**Spezifität (621/622) = 99,84 %**		
Fehldokumentationsrate 0,16 % (1/624)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/2)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,16 % (1/622)**		

1.2.49 Übersicht Datenfeld Wundinfektionstiefe (DF 32) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	3	100,00 %
Übereinstimmungsrate	2/3	66,6%
Abweichungsrate	1/2	33,3 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	33,3 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	66,6%

1.2.50 Kreuztabelle Datenfeld Wundinfektionstiefe (DF 32) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	**2: A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion**	**3: A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet**	**Kein Angabe**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion**	1	0	0		**1**
	2: A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	0	1	0	**1**	**2**
	3: A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	0	0	0		**0**
	Gesamt	**1**	**1**	**0**	**1**	**3**
Fehldokumentationsrate: 33,3 % (1/3)						

1.2.51 Übersicht Datenfeld Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (DF 34) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	587	94,07 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	37	5,93 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	587/624	94,07 %
Abweichungsrate	37/624	5,93 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	23	71,88 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9	28,12 %

1.2.52 Kreuztabelle Datenfeld Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (DF 34) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	78	15 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**93**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 16,13 % (15/93)**
	0: nein	22 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	509	**531**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 4,14 % (22/531)**
	Gesamt	**100**	**524**	**624**	
		Sensitivität (78/100) = 78 %	**Spezifität (509/524) = 97,14 %**		
Fehldokumentationsrate 5,93 % (37/624)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 22 % (22/100)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,86 % (15/524)**		

1.2.53 Übersicht Datenfeld Pneumonie (DF 35.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	109	94,78 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	5,22 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	109/115	94,78 %
Abweichungsrate	6/115	5,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	13,33 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	26	86,67 %

1.2.54 Kreuztabelle Datenfeld Pneumonie (DF 35.1) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	19	2 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**21**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 9,52 % (2/21)**
	Keine Angabe (nein)	4 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	90	**94**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 4,26 % (4/94)**
	Gesamt	**23**	**92**	**115**	
		Sensitivität (19/23) = 82,61 %	**Spezifität (90/92) = 97,83 %**		
Fehldokumentationsrate 5,22 % (6/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 17,39 % (4/23)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,17 % (2/92)**		

1.2.55 Übersicht Datenfeld behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) (DF 35.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	104	90,43 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	9,57 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	104/115	90,43 %
Abweichungsrate	11/115	9,57 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	30,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	21	70,00 %

1.2.56 Kreuztabelle Datenfeld behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) (DF 35.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	12	7 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**19**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 36,84 % (7/19)**
	Keine Angabe (nein)	4 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	92	**96**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 4,17 % (4/96)**
	Gesamt	**16**	**99**	**115**	
		Sensitivität (12/16) = 75 %	**Spezifität (92/99) = 92,93 %**		
Fehldokumentationsrate 9,57 % (11/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (4/16)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 7,07 % (7/99)**		

1.2.57 Übersicht Datenfeld tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose (DF 35.3) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	115	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	115/115	100,00 %
Abweichungsrate	0/115	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	30	100,00 %

1.2.58 Kreuztabelle Datenfeld tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose (DF 35.3) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	115	**115**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/115)**
	Gesamt	**0**	**115**	**115**	
		Sensitivität (0/0) = -	**Spezifität (115/115) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/115)**		

1.2.59 Übersicht Datenfeld Lungenembolie (DF 35.4) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	113	98,26 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	1,74 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	113/115	98,26 %
Abweichungsrate	2/115	1,74 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	6,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	28	93,33 %

1.2.60 Kreuztabelle Datenfeld Lungenembolie (DF 35.4) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	2	2 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**4**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 50 % (2/4)**
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	111	**111**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/111)**
	Gesamt	**2**	**113**	**115**	
		Sensitivität (2/2) = 100 %	**Spezifität (111/113) = 98,23 %**		
Fehldokumentationsrate 1,74 % (2/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/2)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 1,77 % (2/113)**		

1.2.61 Übersicht Datenfeld katheterassoziierte Harnwegsinfektion (DF 35.5) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	104	90,43 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	9,57 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	104/115	90,43 %
Abweichungsrate	11/115	9,57 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	30,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	21	70,00 %

1.2.62 Kreuztabelle Datenfeld katheterassoziierte Harnwegsinfektion (DF 35.5) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	23	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**26**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 11,54 % (3/26)**
	Keine Angabe (nein)	8 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	81	**89**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 8,99 % (8/89)**
	Gesamt	**31**	**84**	**115**	
		Sensitivität (23/31) = 74,19 %	**Spezifität (81/84) = 96,43 %**		
Fehldokumentationsrate 9,57 % (11/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25,81 % (8/31)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 3,57 % (3/84)**		

1.2.63 Übersicht Datenfeld Schlaganfall (DF 35.6) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	114	99,13 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,87 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	114/115	99,13 %
Abweichungsrate	1/115	0,87 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,33 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	29	96,67 %

1.2.64 Kreuztabelle Datenfeld Schlaganfall (DF 35.6) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	2	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**2**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/2)**
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	112	**113**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,88 % (1/113)**
	Gesamt	**3**	**112**	**115**	
		Sensitivität (2/3) = 66,67 %	**Spezifität (112/112) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0,87 % (1/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 33,33 % (1/3)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/112)**		

1.2.65 Übersicht Datenfeld akute gastrointestinale Blutung (DF 35.7) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	114	99,13 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,87 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	114/115	99,13 %
Abweichungsrate	1/115	0,87 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,33 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	29	96,67 %

1.2.66 Kreuztabelle Datenfeld akute gastrointestinale Blutung (DF 35.7) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	114	**115**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,87 % (1/115)**
	Gesamt	**1**	**114**	**115**	
		Sensitivität (0/1) = 0 %	**Spezifität (114/114) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0,87 % (1/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 100 % (1/1)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/114)**		

1.2.67 Übersicht Datenfeld akute Niereninsuffizienz (DF 35.8) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	109	94,78 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	5,22 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	109/115	94,78 %
Abweichungsrate	6/115	5,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	6	20,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	24	80,00 %

1.2.68 Kreuztabelle Datenfeld akute Niereninsuffizienz (DF 35.8) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	8	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**11**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 27,27 % (3/11)**
	Keine Angabe (nein)	3 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	101	**104**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 2,88 % (3/104)**
	Gesamt	**11**	**104**	**115**	
		Sensitivität (8/11) = 72,73 %	**Spezifität (101/104) = 97,12 %**		
Fehldokumentationsrate 5,22 % (6/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 27,27 % (3/11)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,88 % (3/104)**		

1.2.69 Übersicht Datenfeld sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (DF 35.9) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	98	85,22 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	17	14,78 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	98/115	85,22 %
Abweichungsrate	17/115	14,78 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	12	40,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	18	60,00 %

1.2.70 Kreuztabelle Datenfeld sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (DF 35.9) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	26	7 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**33**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 21,21 % (7/33)**
	Keine Angabe (nein)	10 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	72	**82**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 12,2 % (10/82)**
	Gesamt	**36**	**79**	**115**	
		Sensitivität (26/36) = 72,22 %	**Spezifität (72/79) = 91,14 %**		
Fehldokumentationsrate 14,78 % (17/115)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 27,78 % (10/36)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 8,86 % (7/79)**		

1.2.71 Übersicht Datenfeld Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt? (DF 36) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	474	86,18 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	76	13,82 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	550	100,00 %
Übereinstimmungsrate	474/550	86,18 %
Abweichungsrate	76/550	13,82 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	20	62,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	12	37,50 %

1.2.72 Kreuztabelle Datenfeld Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt? (DF 36) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: ja	**0: nein**	**Keine Angabe**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	466	55 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	**521**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 10,56 % (55/521)**
	0: nein	19 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	6	0	**25**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 76 % (19/25)**
	Keine Angabe	2	0	2	**4**	
	Gesamt	**487**	**61**	**2**	**550**	
		Sensitivität (466/487) = 95,69 %	**Spezifität (6/61) = 9,84 %**			
Fehldokumentationsrate 13,82 % (76/550)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 4,3 % (21/487)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 90,16 % (55/61)**			

1.2.73 Übersicht Datenfeld Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen? (DF 37) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	461	83,82 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	89	16,18 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	550	100,00 %
Übereinstimmungsrate	461/550	83,82 %
Abweichungsrate	89/550	16,18 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	20	62,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	12	37,50 %

1.2.74 Kreuztabelle Datenfeld Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen? (DF 37) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: ja	**0: nein**	**Keine Angabe**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	445	70 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	**515**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 13,59 % (70/515)**
	0: nein	17 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	14	0	**31**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 54,84 % (17/31)**
	Keine Angabe	2	0	2	**4**	
	Gesamt	**464**	**84**	**2**	**550**	
		Sensitivität (445/464) = 95,91 %	**Spezifität (14/84) = 16,67 %**			
Fehldokumentationsrate 16,18 % (89/550)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 4,09 % (19/464)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 83,33 % (70/84)**			

1.2.75 Übersicht Datenfeld Gehstrecke bei Entlassung (DF 38) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	20	3,33 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	470	78,33 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	110	18,33 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	600	100,00 %
Übereinstimmungsrate	470/600	78,33 %
Abweichungsrate	130/600	21,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	78,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	21,88 %

1.2.76 Kreuztabelle Datenfeld Gehstrecke bei Entlassung (DF 38) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		1: unbegrenzt (> 500m)	**2: Gehen am Stück bis 500m möglich**	**3: auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)**	**4: im Zimmer mobil**	**5: immobil**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: unbegrenzt (> 500m)**	4	1	3	0	0	0	**8**
	2: Gehen am Stück bis 500m möglich	0	83	18	4	0	4	**109**
	3: auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)	4	10	247	32	13	14	**320**
	4: im Zimmer mobil	1	1	12	105	7	2	**128**
	5: immobil	0	0	1	2	31	0	**34**
	Keine Angabe	0	0	1	0	0	0	**1**
	Gesamt	**9**	**95**	**282**	**143**	**51**	**20**	**600**
Fehldokumentationsrate: 21,67 % (130/600)								

1.2.77 Übersicht Datenfeld Gehhilfen bei Entlassung (DF 39) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	509	84,83 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	91	15,17 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	600	100,00 %
Übereinstimmungsrate	509/600	84,83 %
Abweichungsrate	91/600	15,17 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	78,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	21,88 %

1.2.78 Kreuztabelle Datenfeld Gehhilfen bei Entlassung (DF 39) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					
		0: keine	**1: Unterarm-gehstüt-zen/Gehstock**	**2: Rollator/ Gehbock**	**3: Rollstuhl**	**4: bettläge-rig**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: keine**	2	1	3	0	0	**6**
	1: Unterarmgeh-stützen/Gehstock	5	174	36	1	5	**221**
	2: Rollator/ Gehbock	8	6	283	10	9	**316**
	3: Rollstuhl	0	1	3	38	0	**42**
	4: bettlägerig	0	0	1	1	12	**14**
	Keine Angabe	0	0	1	0	0	**1**
	Gesamt	**15**	**182**	**327**	**50**	**26**	**600**
Fehldokumentationsrate: 15,17 % (91/600)							

1.2.79 Übersicht Datenfeld Entlassungsgrund (DF 41) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	623	99,84 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,16 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	623/624	99,84 %
Abweichungsrate	1/624	0,16 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	31	96,88 %

1.2.80 Kreuztabelle Datenfeld Entlassungsgrund (DF 41) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		07: Tod	**99: lebend**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**07: Tod**	24	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**25**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 4 % (1/25)**
	99: lebend	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	599	**599**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/599)**
	Gesamt	**24**	**600**	**624**	
		Sensitivität (24/24) = 100 %	**Spezifität (599/600) = 99,83 %**		
Fehldokumentationsrate 0,16 % (1/624)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/24)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,17 % (1/600)**		

1.2.81 Übersicht Datenfeld Praeoperative Verweildauer in Minuten (DF NA) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	1	0,16 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	563	90,22 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	60	9,62 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	564/624	90,38 %
Abweichungsrate	60/624	9,62 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	15	46,88 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	17	53,12 %

1.3 Gezielter Datenabgleich HCH-KCH

1.3.1 Übersicht Datenfeld Körpergröße (DF 10.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.2 Übersicht Datenfeld Körpergröße unbekannt (DF 10.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-

	Anzahl	Anteil
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.3.3 Übersicht Datenfeld Körpergewicht bei Aufnahme (DF 11.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	97,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	2,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	39/40	97,50 %
Abweichungsrate	1/40	2,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.4 Übersicht Datenfeld Körpergewicht unbekannt (DF 11.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.3.5 Übersicht Datenfeld klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) (DF 12) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	2,50 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	26	65,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	32,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	26/40	65,00 %
Abweichungsrate	14/40	35,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.6 Kreuztabelle Datenfeld klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) (DF 12) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					
		1: (I): Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	**2: (II): Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung**	**3: (III): Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung**	**4: (IV): Beschwerden in Ruhe**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: (I): Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit**	4	0	2	0	0	**6**
	2: (II): Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	0	10	3	2	1	**16**
	3: (III): Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	1	3	10	1	0	**15**
	4: (IV): Beschwerden in Ruhe	0	0	1	2	0	**3**
	Gesamt	**5**	**13**	**16**	**5**	**1**	**40**
Fehldokumentationsrate: 35 % (14/40)							

1.3.7 Übersicht Datenfeld Infarkt(e) (DF 14) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	29	72,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	27,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	29/40	72,50 %
Abweichungsrate	11/40	27,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.8 Kreuztabelle Datenfeld Infarkt(e) (DF 14) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert							
		0: nein	**1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden**	**2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage**	**3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück**	**4: ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück**	**8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	20	2	4	0	1	0	0	**27**
	1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0	3	0	0	0	0	0	**3**
	2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	0	1	4	0	0	0	0	**5**
	3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	0	0	0	0	1	0	0	**1**
	4: ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	0	1	0	0	2	0	1	**4**
	8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**20**	**7**	**8**	**0**	**4**	**0**	**1**	**40**
Fehldokumentationsrate 27,5 % (11/40)									

1.3.9 Übersicht Datenfeld kardiogener Schock / Dekompensation (DF 15) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.10 Kreuztabelle Datenfeld kardiogener Schock / Dekompensation (DF 15) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		0: nein	**1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden**	**2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage**	**3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage**	**8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	36	1	0	0	0	0	**37**
	1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0	1	0	0	0	0	**1**
	2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	0	0	1	0	0	1	**2**
	3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage	0	0	0	0	0	0	**0**
	8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0	0	0	0	0	0	**0**
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**36**	**2**	**1**	**0**	**0**	**1**	**40**
Fehldokumentationsrate: 5 % (2/40)								

1.3.11 Übersicht Datenfeld Reanimation (DF 16) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.12 Kreuztabelle Datenfeld Reanimation (DF 16) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		0: nein	**1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden**	**2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage**	**3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage**	**8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	39	0	0	0	0	0	**39**
	1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0	0	0	0	0	0	**0**
	2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	0	0	1	0	0	0	**1**
	3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage	0	0	0	0	0	0	**0**
	8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0	0	0	0	0	0	**0**
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**39**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**40**
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)								

1.3.13 Übersicht Datenfeld Patient wird beatmet (DF 17) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	97,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	2,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	39/40	97,50 %
Abweichungsrate	1/40	2,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.14 Kreuztabelle Datenfeld Patient wird beatmet (DF 17) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**1**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)**
	0: nein	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	38	**39**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 2,56 % (1/39)**
	Gesamt	**2**	**38**	**40**	
		Sensitivität (1/2) = 50 %	**Spezifität (38/38) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 2,5 % (1/40)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 50 % (1/2)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/38)**		

1.3.15 Übersicht Datenfeld pulmonale Hypertonie (DF 18) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.16 Kreuztabelle Datenfeld pulmonale Hypertonie (DF 18) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		0: nein	**1: 31 - 55 mmHg**	**2: > 55 mmHg**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	37	0	0	0	**37**
	1: 31 - 55 mmHg	2	0	0	0	**2**
	2: > 55 mmHg	0	0	0	0	**0**
	9: unbekannt	0	0	0	1	**1**
	Gesamt	**39**	**0**	**0**	**1**	**40**
Fehldokumentationsrate: 5 % (2/40)						

1.3.17 Übersicht Datenfeld Herzrhythmus bei Aufnahme (DF 19) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.18 Kreuztabelle Datenfeld Herzrhythmus bei Aufnahme (DF 19) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: Sinusrhythmus	**2: Vorhofflimmern**	**9: anderer Rhythmus**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: Sinusrhythmus**	39	0	0	**39**
	2: Vorhofflimmern	0	0	0	**0**
	9: anderer Rhythmus	0	0	1	**1**
	Gesamt	**39**	**0**	**1**	**40**
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)					

1.3.19 Übersicht Datenfeld Einstufung nach ASA-Klassifikation (DF 21) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	3	7,50 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	27,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	26	65,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	11/40	27,50 %
Abweichungsrate	29/40	72,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.20 Kreuztabelle Datenfeld Einstufung nach ASA-Klassifikation (DF 21) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		1: normaler, gesunder Patient	**2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung**	**3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung**	**4: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt**	**5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: normaler, gesunder Patient**	0	0	0	0	0	0	**0**
	2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	0	2	2	0	0	1	**5**
	3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	0	0	9	22	1	2	**34**
	4: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	0	0	1	0	0	0	**1**
	5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	0	0	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**0**	**2**	**12**	**22**	**1**	**3**	**40**
Fehldokumentationsrate: 72,5 % (29/40)								

1.3.21 Übersicht Datenfeld LVEF (DF 22) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.22 Kreuztabelle Datenfeld LVEF (DF 22) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: <= 20%	**2: 21% - 30%**	**3: 31% - 50%**	**4: > 50%**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: <= 20%**	0	0	0	0	**0**
	2: 21% - 30%	0	2	0	0	**2**
	3: 31% - 50%	0	0	12	2	**14**
	4: > 50%	0	0	0	24	**24**
	Gesamt	**0**	**2**	**12**	**26**	**40**
Fehldokumentationsrate: 5 % (2/40)						

1.3.23 Übersicht Datenfeld Koronarangiographiebefund (DF 23) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	97,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	2,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	39/40	97,50 %
Abweichungsrate	1/40	2,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.24 Kreuztabelle Datenfeld Koronarangiographiebefund (DF 23) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		0: keine KHK	**1: 1-Gefäß-erkrankung**	**2: 2-Gefäß-erkrankung**	**3: 3-Gefäß-erkrankung**	**Gesamt**
Ereignis für die QS doku-mentiert	**0: keine KHK**	0	0	0	0	**0**
	1: 1-Gefäß-erkrankung	0	0	1	0	**1**
	2: 2-Gefäß-erkrankung	0	0	5	0	**5**
	3: 3-Gefäß-erkrankung	0	0	0	34	**34**
	Gesamt	**0**	**0**	**6**	**34**	**40**
Fehldokumentationsrate: 2,5 % (1/40)						

1.3.25 Übersicht Datenfeld Anzahl (DF 26) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	37	92,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	7,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	37/40	92,50 %
Abweichungsrate	3/40	7,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.26 Kreuztabelle Datenfeld Anzahl (DF 26) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert								
		0: 0	**1: 1**	**2: 2**	**3: 3**	**4: 4**	**5: 5 oder mehr**	**8: genaue Anzahl unbekannt (aber mind. 1)**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: 0**	35	2	0	0	0	0	0	0	**37**
	1: 1	0	2	0	0	0	0	0	0	**2**
	2: 2	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	3: 3	0	1	0	0	0	0	0	0	**1**
	4: 4	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	5: 5 oder mehr	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	8: genaue Anzahl unbekannt (aber mind. 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**35**	**5**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**40**
Fehldokumentationsrate: 7,5 % (3/40)										

1.3.27 Übersicht Datenfeld Diabetes mellitus (DF 28) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	37	92,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	7,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	37/40	92,50 %
Abweichungsrate	3/40	7,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.28 Kreuztabelle Datenfeld Diabetes mellitus (DF 28) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		0: nein	**1: ja, diätetisch behandelt**	**2: ja, orale Medikation**	**3: ja, mit Insulin behandelt**	**4: ja, unbehandelt**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	24	0	1	1	0	0	**26**
	1: ja, diätetisch behandelt	0	1	0	0	0	0	**1**
	2: ja, orale Medikation	0	0	7	0	0	0	**7**
	3: ja, mit Insulin behandelt	1	0	0	4	0	0	**5**
	4: ja, unbehandelt	0	0	0	0	0	0	**0**
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	1	**1**
	Gesamt	**25**	**1**	**8**	**5**	**0**	**1**	**40**
Fehldokumentationsrate: 7,5 % (3/40)								

1.3.29 Übersicht Datenfeld arterielle Gefäßerkrankung (DF 29) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	36	90,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	10,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	36/40	90,00 %
Abweichungsrate	4/40	10,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.30 Kreuztabelle Datenfeld arterielle Gefäßerkrankung (DF 29) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: ja**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	28	4	0	**32**
	1: ja	0	7	0	**7**
	9: unbekannt	0	0	1	**1**
	Gesamt	**28**	**11**	**1**	**40**
Fehldokumentationsrate: 10 % (4/40)					

1.3.31 Übersicht Datenfeld periphere AVK (DF 30) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	63,64 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	36,36 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	11	100,00 %
Übereinstimmungsrate	7/11	63,64 %
Abweichungsrate	4/11	36,36 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.32 Kreuztabelle Datenfeld periphere AVK (DF 30) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: ja**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	2	0	0	**2**
	1: ja	0	5	0	**5**
	9: unbekannt	0	0	0	**0**
	Keine Angabe	1	3	0	**4**
	Gesamt	**3**	**8**	**0**	**11**
Fehldokumentationsrate: 36,36 % (4/11)					

1.3.33 Übersicht Datenfeld Arteria Carotis (DF 31) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	54,55 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	45,45 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	11	100,00 %
Übereinstimmungsrate	6/11	54,55 %
Abweichungsrate	5/11	45,45 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.34 Kreuztabelle Datenfeld Arteria Carotis (DF 31) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: ja**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	4	1	0	**5**
	1: ja	0	2	0	**2**
	9: unbekannt	0	0	0	**0**
	Keine Angabe	3	1	0	**4**
	Gesamt	**7**	**4**	**0**	**11**
Fehldokumentationsrate: 45,45 % (5/11)					

1.3.35 Übersicht Datenfeld Aortenaneurysma (DF 32) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	63,64 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	36,36 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	11	100,00 %
Übereinstimmungsrate	7/11	63,64 %
Abweichungsrate	4/11	36,36 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.36 Kreuztabelle Datenfeld Aortenaneurysma (DF 32) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: ja**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	7	0	0	**7**
	1: ja	0	0	0	**0**
	9: unbekannt	0	0	0	**0**
	Keine Angabe	3	1	0	**4**
	Gesamt	**10**	**1**	**0**	**11**
Fehldokumentationsrate: 36,36 % (4/11)					

1.3.37 Übersicht Datenfeld sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en) (DF 33) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	63,64 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	36,36 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	11	100,00 %
Übereinstimmungsrate	7/11	63,64 %
Abweichungsrate	4/11	36,36 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.38 Kreuztabelle Datenfeld sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en) (DF 33) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: ja**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumen-tiert	**0: nein**	7	0	0	**7**
	1: ja	0	0	0	**0**
	9: unbekannt	0	0	0	**0**
	Keine Angabe	4	0	0	**4**
	Gesamt	**11**	**0**	**0**	**11**
Fehldokumentationsrate: 36,36 % (4/11)					

1.3.39 Übersicht Datenfeld Lungenerkrankung(en) (DF 34) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	36	90,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	10,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	36/40	90,00 %
Abweichungsrate	4/40	10,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.40 Kreuztabelle Datenfeld Lungenerkrankung(en) (DF 34) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					
		0: nein	**1: ja, COPD mit Dauer-medikation**	**2: ja, COPD ohne Dauer-medikation**	**8: ja, andere Lungener-krankungen**	**9: unbe-kannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumen-tiert	**0: nein**	32	0	1	2	0	**35**
	1: ja, COPD mit Dauerme-dikation	0	1	0	0	0	**1**
	2: ja, COPD ohne Dauer-medikation	0	1	1	0	0	**2**
	8: ja, andere Lungenerkran-kungen	0	0	0	1	0	**1**
	9: unbekannt	0	0	0	0	1	**1**
	Gesamt	**32**	**2**	**2**	**3**	**1**	**40**
Fehldokumentationsrate: 10 % (4/40)							

1.3.41 Übersicht Datenfeld neurologische Erkrankung(en) (DF 35) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.42 Kreuztabelle Datenfeld neurologische Erkrankung(en) (DF 35) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		0: nein	**1: ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)**	**2: ja, ZNS, andere**	**3: ja, peripher**	**4: ja, Kombination**	**9: unbekannt**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	37	0	0	0	0	0	**37**
	1: ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	0	1	0	0	0	0	**1**
	2: ja, ZNS, andere	0	0	0	0	0	0	**0**
	3: ja, peripher	0	0	0	1	0	0	**1**
	4: ja, Kombination	0	0	0	0	0	0	**0**
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	1	**1**
	Gesamt	**37**	**1**	**0**	**1**	**0**	**1**	**40**
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)								

1.3.43 Übersicht Datenfeld Schweregrad der Behinderung (DF 36) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1	100,00 %
Übereinstimmungsrate	1/1	100,00 %
Abweichungsrate	0/1	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	100,00 %

1.3.44 Kreuztabelle Datenfeld Schweregrad der Behinderung (DF 36) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		0: Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	**1: Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit**	**2: Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie**	**3: Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie**	**4: Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie**	**5: Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar**	0	0	0	0	0	0	**0**
	1: Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	0	1	0	0	0	0	**1**
	2: Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	0	0	0	0	0	0	**0**
	3: Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	0	0	0	0	0	0	**0**
	4: Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	0	0	0	0	0	0	**0**
	5: Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	0	0	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/1)								

1.3.45 Übersicht Datenfeld präoperative Nierenersatztherapie (DF 37) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.46 Kreuztabelle Datenfeld präoperative Nierenersatztherapie (DF 37) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: akut**	**2: chronisch**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumen-tiert	**0: nein**	40	0	0	**40**
	1: akut	0	0	0	**0**
	2: chronisch	0	0	0	**0**
	Gesamt	**40**	**0**	**0**	**40**
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)					

1.3.47 Übersicht Datenfeld Kreatininwert i.S. in mg/dl (DF 38.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	36	90,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	10,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	36/40	90,00 %
Abweichungsrate	4/40	10,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.48 Übersicht Datenfeld Kreatininwert i.S. in µmol/l (DF 38.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.3.49 Übersicht Datenfeld Dringlichkeit (DF 46) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	97,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	2,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	39/40	97,50 %
Abweichungsrate	1/40	2,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.50 Kreuztabelle Datenfeld Dringlichkeit (DF 46) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: elektiv	**2: dringlich**	**3: Notfall**	**4: Notfall (Reanimation / ultima ratio)**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: elektiv**	14	1	0	0	**15**
	2: dringlich	0	18	0	0	**18**
	3: Notfall	0	0	7	0	**7**
	4: Notfall (Reanimation / ultima ratio)	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**14**	**19**	**7**	**0**	**40**
Fehldokumentationsrate: 2,5 % (1/40)						

1.3.51 Übersicht Datenfeld Inotrope (präoperativ) (DF 49) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.52 Kreuztabelle Datenfeld Inotrope (präoperativ) (DF 49) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**1**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)**
	0: nein	2 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	37	**39**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 5,13 % (2/39)**
	Gesamt	**3**	**37**	**40**	
		Sensitivität (1/3) = 33,33 %	**Spezifität (37/37) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 5 % (2/40)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 66,67 % (2/3)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/37)**		

1.3.53 Übersicht Datenfeld (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung (DF 50) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.54 Kreuztabelle Datenfeld (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung (DF 50) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: ja, IABP**	**2: ja, andere**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	39	0	0	**39**
	1: ja, IABP	0	1	0	**1**
	2: ja, andere	0	0	0	**0**
	Gesamt	**39**	**1**	**0**	**40**
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)					

1.3.55 Übersicht Datenfeld Wundkontaminationsklassifikation (DF 51) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.56 Kreuztabelle Datenfeld Wundkontaminationsklassifikation (DF 51) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: aseptische Eingriffe	**2: bedingt aseptische Eingriffe**	**3: kontaminierte Eingriffe**	**4: septische Eingriffe**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: aseptische Eingriffe**	40	0	0	0	**40**
	2: bedingt aseptische Eingriffe	0	0	0	0	**0**
	3: kontaminierte Eingriffe	0	0	0	0	**0**
	4: septische Eingriffe	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**40**	**0**	**0**	**0**	**40**
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)						

1.3.57 Übersicht Datenfeld OP-Zeit (DF 53) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.58 Übersicht Datenfeld Anzahl der Grafts (DF 54) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	37	92,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	7,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	37/40	92,50 %
Abweichungsrate	3/40	7,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.59 Übersicht Datenfeld ITA links (DF 55.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.60 Kreuztabelle Datenfeld ITA links (DF 55.1) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	36	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**36**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/36)**
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	4	**4**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/4)**
	Gesamt	**36**	**4**	**40**	
		Sensitivität (36/36) = 100 %	**Spezifität (4/4) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/40)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/36)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/4)**		

1.3.61 Übersicht Datenfeld Mediastinitis (DF 72) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	97,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	2,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	39/40	97,50 %
Abweichungsrate	1/40	2,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.62 Kreuztabelle Datenfeld Mediastinitis (DF 72) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	0: nein	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	39	**40**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 2,5 % (1/40)**
	Gesamt	**1**	**39**	**40**	
		Sensitivität (0/1) = 0 %	**Spezifität (39/39) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 2,5 % (1/40)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 100 % (1/1)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/39)**		

1.3.63 Übersicht Datenfeld zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung (DF 73) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.64 Kreuztabelle Datenfeld zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung (DF 73) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)**	**2: ja, ZNS, andere**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	38	2	0	**40**
	1: ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	0	0	0	**0**
	2: ja, ZNS, andere	0	0	0	**0**
	Gesamt	**38**	**2**	**0**	**40**
Fehldokumentationsrate: 5 % (2/40)					

1.3.65 Übersicht Datenfeld Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses (DF 74) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	50,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	100,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	2	100,00 %
Übereinstimmungsrate	0/2	0,00 %
Abweichungsrate	2/2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.66 Kreuztabelle Datenfeld Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses (DF 74) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: bis einschl. 24 Stunden	**2: mehr als 24 Stunden bis einschl. 72 Stunden**	**3: über 72 Stunden**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: bis einschl. 24 Stunden**	0	0	0	0	**0**
	2: mehr als 24 Stunden bis einschl. 72 Stunden	0	0	0	0	**0**
	3: über 72 Stunden	0	0	0	0	**0**
	Keine Angabe	0	1	0	1	**2**
	Gesamt	**0**	**1**	**0**	**1**	**2**
Fehldokumentationsrate: 100 % (2/2)						

1.3.67 Übersicht Datenfeld Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung (DF 75) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	100,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	2	100,00 %
Übereinstimmungsrate	0/2	0,00 %
Abweichungsrate	2/2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.68 Kreuztabelle Datenfeld Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung (DF 75) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert							
		0: Rankin 0: (…)	**1: Rankin 1: (…)**	**2: Rankin 2: (…)**	**3: Rankin 3: (…)**	**4: Rankin 4: (…)**	**5: Rankin 5: (…)**	**6: Rankin 6: (…)**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar**	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	1: Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	2: Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	3: Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	4: Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	5: Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	6: Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	Keine Angabe	0	1	0	0	1	0	0	**2**
	Gesamt	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**2**
Fehldokumentationsrate: 100 % (2/2)									

1.3.69 Übersicht Datenfeld Entlassungsgrund (DF 81) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.70 Kreuztabelle Datenfeld Entlassungsgrund (DF 81) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		07: Tod	**99: lebend**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**07: Tod**	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**1**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)**
	99: lebend	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	39	**39**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/39)**
	Gesamt	**1**	**39**	**40**	
		Sensitivität (1/1) = 100 %	**Spezifität (39/39) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/40)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/39)**		

2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Erläuterung zu den Kreuztabellen:

- „Keine Angabe“ in der Patientenakte bedeutet, dass bei der Datenvalidierung aufgrund der Angabe im Filterfeld dieses Datenfeld nicht ausgefüllt werden musste.
- „Keine Angabe („nein“)“ bedeutet, dass es nur die Antwortmöglichkeit ja gab.

Erläuterung zu den Übersichtstabellen:

- „Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)“ bedeutet, dass das Datenfeld in der QS-Dokumentation leer gelassen werden konnte (z. B. aufgrund von Plausibilitätsregeln) und deshalb diese Fälle als Übereinstimmung gewertet werden.

2.1 Stichprobenverfahren NEO

2.1.1 Übersicht Datenfeld endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen) (DF 21) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	0,19 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	507	98,64 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	1,17 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	507/514	98,64 %
Abweichungsrate	7/514	1,36 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	25,93 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	20	74,07 %

2.1.2 Übersicht Datenfeld endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage) (DF 22) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	0,19 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	485	94,36 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	5,45 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %

	Anzahl	Anteil
Übereinstimmungsrate	485/514	94,36 %
Abweichungsrate	29/514	5,64 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	40,74 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	16	59,26 %

2.1.3 Übersicht Datenfeld Uhrzeit der Geburt (DF 24) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	3	0,58 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	6	1,17 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	487	94,75 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	3,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	490/514	95,33 %
Abweichungsrate	24/514	4,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	13	48,15 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	51,85 %

2.1.4 Übersicht Datenfeld Gewicht des Kindes bei Geburt (DF 25) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	498	96,89 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	16	3,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	498/514	96,89 %
Abweichungsrate	16/514	3,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	40,74 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	16	59,26 %

2.1.5 Übersicht Datenfeld primär palliative Therapie (ab Geburt) (DF 29) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	14	93,33 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	6,67 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	15	100,00 %
Übereinstimmungsrate	14/15	93,33 %
Abweichungsrate	1/15	6,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	11,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	88,89 %

2.1.6 Kreuztabelle Datenfeld primär palliative Therapie (ab Geburt) (DF 29) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: ja	**0: nein**	**Keine Angabe**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	5	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	**5**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/5)**
	0: nein	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	7	0	**7**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/7)**
	Keine Angabe	0	1	2	**3**	
	Gesamt	**5**	**8**	**2**	**15**	
		Sensitivität (5/5) = 100 %	**Spezifität (7/8) = 87,5 %**			
Fehldokumentationsrate 6,67 % (1/15)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/5)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/8)**			

2.1.7 Übersicht Datenfeld Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus) (DF 32) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	2	0,39 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	503	97,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	9	1,75 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	503/514	97,86 %
Abweichungsrate	11/514	2,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	29,63 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	19	70,37 %

2.1.8 Übersicht Datenfeld Aufnahme ins Krankenhaus von (DF 35) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	69	83,13 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	14	16,87 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	83	100,00 %
Übereinstimmungsrate	69/83	83,13 %
Abweichungsrate	14/83	16,87 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	45,83 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	13	54,17 %

2.1.9 Kreuztabelle Datenfeld Aufnahme ins Krankenhaus von (DF 35) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		1: externer Geburtsklinik	**2: externer Kinderklinik**	**3: externer Klinik als Rückverlegung**	**4: außerklinischer Geburtseinrichtung**	**5: zu Hause**	**6: Geburt in eigener Geburtsklinik**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: externer Geburtsklinik**	15	9	0	0	0	1	**25**
	2: externer Kinderklinik	0	34	1	0	0	0	**35**
	3: externer Klinik als Rückverlegung	0	1	10	0	0	0	**11**
	4: außerklinischer Geburtseinrichtung	1	0	0	0	0	0	**1**
	5: zu Hause	0	0	0	0	7	0	**7**
	6: Geburt in eigener Geburtsklinik	1	0	0	0	0	3	**4**
	Gesamt	**17**	**44**	**11**	**0**	**7**	**4**	**83**
Fehldokumentationsrate: 16,87 % (14/83)								

2.1.10 Übersicht Datenfeld Gewicht bei Aufnahme (DF 41) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	487	94,75 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	27	5,25 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %

	Anzahl	Anteil
Übereinstimmungsrate	487/514	94,75 %
Abweichungsrate	27/514	5,25 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	14	51,85 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	13	48,15 %

2.1.11 Übersicht Datenfeld Kopfumfang bei Aufnahme (DF 42.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	484	95,65 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	22	4,35 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	506	100,00 %
Übereinstimmungsrate	484/506	95,65 %
Abweichungsrate	22/506	4,35 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	15	55,56 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	12	44,44 %

2.1.12 Übersicht Datenfeld Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt (DF 42.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	37,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	62,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	8	100,00 %
Übereinstimmungsrate	3/8	37,50 %
Abweichungsrate	5/8	62,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	66,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	33,33 %

2.1.13 Kreuztabelle Datenfeld Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt (DF 42.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe („nein“)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	3	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**3**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/3)**
	Keine Angabe („nein“ als Dummy-Variable)	5 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	**5**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (5/5)**
	Gesamt	**8**	**0**	**8**	
		Sensitivität (3/8) = 37,5 %	**Spezifität (0/0) = -**		
Fehldokumentationsrate 62,5 % (5/8)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 62,5 % (5/8)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**		

2.1.14 Übersicht Datenfeld Körpertemperatur bei Aufnahme (DF 43.1) zu EJ 2018

	Anzahl	**Anteil**
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	441	88,91 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	55	11,09 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	496	100,00 %
Übereinstimmungsrate	441/496	88,91 %
Abweichungsrate	55/496	11,09 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	14	51,85 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	13	48,15 %

2.1.15 Übersicht Datenfeld Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt (DF 43.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	72,22 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	27,78 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	18	100,00 %
Übereinstimmungsrate	13/18	72,22 %
Abweichungsrate	5/18	27,78 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	27,27 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	72,73 %

2.1.16 Kreuztabelle Datenfeld Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt (DF 43.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe („nein“)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	13	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**13**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/13)**
	Keine Angabe („nein“ als Dummy-Variable)	5 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	**5**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (5/5)**
	Gesamt	**18**	**0**	**18**	
		Sensitivität (13/18) = 72,22 %	**Spezifität (0/0) = -**		
Fehldokumentationsrate 27,78 % (5/18)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 27,78 % (5/18)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**		

2.1.17 Übersicht Datenfeld Fehlbildungen (DF 44) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	504	98,05 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	10	1,95 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	504/514	98,05 %
Abweichungsrate	10/514	1,95 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	6	22,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	21	77,78 %

2.1.18 Kreuztabelle Datenfeld Fehlbildungen (DF 44) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		0: keine	**1: leichte**	**3: schwere**	**4: letale**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: keine**	446	2	0	0	**448**
	1: leichte	5	47	0	0	**52**
	3: schwere	2	1	8	0	**11**
	4: letale	0	0	0	3	**3**
	Gesamt	**453**	**50**	**8**	**3**	**514**
Fehldokumentationsrate: 1,95 % (10/514)						

2.1.19 Übersicht Datenfeld Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden (DF 46) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	505	98,25 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	9	1,75 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	505/514	98,25 %
Abweichungsrate	9/514	1,75 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	14,81 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23	85,19 %

2.1.20 Kreuztabelle Datenfeld Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden (DF 46) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	422	5 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**427**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 1,17 % (5/427)**
	0: nein	4 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	83	**87**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 4,6 % (4/87)**
	Gesamt	**426**	**88**	**514**	
		Sensitivität (422/426) = 99,06 %	**Spezifität (83/88) = 94,32 %**		
Fehldokumentationsrate 1,75 % (9/514)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,94 % (4/426)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 5,68 % (5/88)**		

2.1.21 Übersicht Datenfeld Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie (DF 47) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	413	95,82 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	4,18 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	431	100,00 %
Übereinstimmungsrate	413/431	95,82 %
Abweichungsrate	18/431	4,18 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	29,63 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	19	70,37 %

2.1.22 Kreuztabelle Datenfeld Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie (DF 47) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		0: nein	**1: IVH Grad I**	**2: IVH Grad II**	**3: IVH Grad III**	**4: periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)**	**Keine Angabe***	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	388	4	0	0	0	5	**397**
	1: IVH Grad I	1	14	1	0	0	0	**16**
	2: IVH Grad II	0	0	2	0	1	0	**3**
	3: IVH Grad III	0	0	0	5	1	0	**6**
	4: periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	0	0	1	0	4	0	**5**
	Keine Angabe	4	0	0	0	0	0	**4**
	Gesamt	**393**	**18**	**4**	**5**	**6**	**5**	**431**
Fehldokumentationsrate: 4,18 % (18/431)								

2.1.23 Übersicht Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 48) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	29	87,88 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	12,12 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	33	100,00 %
Übereinstimmungsrate	29/33	87,88 %
Abweichungsrate	4/33	12,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	15,38 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	11	84,62 %

2.1.24 Kreuztabelle Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 48) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	**2: IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten**	24	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**24**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/24)**
	2: IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	5	**5**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/5)**
	Keine Angabe	4(fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	**4**	
	Gesamt	**28**	**5**	**33**	
		Sensitivität (24/28) = 85,71 %	**Spezifität (5/5) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 12,12 % (4/33)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 14,29 % (4/28)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/5)**		

2.1.25 Übersicht Datenfeld Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (DF 49) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	420	97,45 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	2,55 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	431	100,00 %
Übereinstimmungsrate	420/431	97,45 %
Abweichungsrate	11/431	2,55 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	6	22,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	21	77,78 %

2.1.26 Kreuztabelle Datenfeld Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (DF 49) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: ja	**0: nein**	**Keine Angabe**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	4	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	**5**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 20 % (1/5)**
	0: nein	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	416	5	**422**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,24 % (1/422)**
	Keine Angabe	0	4	0	**4**	
	Gesamt	**5**	**421**	**5**	**431**	
		Sensitivität (4/5) = 80 %	**Spezifität (416/421) = 98,81 %**			
Fehldokumentationsrate 2,55 % (11/431)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 20 % (1/5)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,24 % (1/421)**			

2.1.27 Übersicht Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 50) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	80,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	20,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	5	100,00 %
Übereinstimmungsrate	4/5	80,00 %
Abweichungsrate	1/5	20,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,00 %

2.1.28 Kreuztabelle Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 50) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	**2: PVL lag bereits bei Aufnahme vor**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten**	3	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**3**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/3)**
	2: PVL lag bereits bei Aufnahme vor	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	1	**1**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/3)**
	Keine Angabe	1	0	**1**	
	Gesamt	**4**	**1**	**5**	
		Sensitivität (3/4) = 75 %	**Spezifität (1/1) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 20 % (1/5)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (1/4)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)**		

2.1.29 Übersicht Datenfeld ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden (DF 51) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	496	96,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	3,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	496/514	96,50 %
Abweichungsrate	18/514	3,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	29,63 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	19	70,37 %

2.1.30 Kreuztabelle Datenfeld ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden (DF 51) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	126	11 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**137**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 8,03 % (11/137)**
	0: nein	7 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	370	**377**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 1,86 % (7/377)**
	Gesamt	**133**	**381**	**514**	
		Sensitivität (126/133) = 94,74 %	**Spezifität (370/381) = 97,11 %**		
Fehldokumentationsrate 3,5 % (18/514)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 5,26 % (7/133)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,89 % (11/381)**		

2.1.31 Übersicht Datenfeld Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) (DF 52) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	118	81,94 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	26	18,06 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	144	100,00 %
Übereinstimmungsrate	118/144	81,94 %
Abweichungsrate	26/144	18,06 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	39,13 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	60,87 %

2.1.32 Kreuztabelle Datenfeld Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) (DF 52) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert							
		0: nein	**1: Stadium 1 (Demarkationslinie)**	**2: Stadium 2 (Prominente Leiste)**	**3: Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen)**	**4: Stadium 4 (Partielle Amotio retinae)**	**5: Stadium 5 (Totale Amotio retinae)**	**Keine Angabe**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	88	4	0	0	0	0	11	**103**
	1: Stadium 1 (Demarkationslinie)	0	15	3	1	0	0	0	**19**
	2: Stadium 2 (Prominente Leiste)	0	0	8	0	0	0	0	**8**
	3: Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen)	0	0	0	7	0	0	0	**7**
	4: Stadium 4 (Partielle Amotio retinae)	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	5: Stadium 5 (Totale Amotio retinae)	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	Keine Angabe	6	1	0	0	0	0	0	**7**
	Gesamt	**94**	**20**	**11**	**8**	**0**	**0**	**11**	**144**
Fehldokumentationsrate: 18,06 % (26/144)									

2.1.33 Übersicht Datenfeld Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten) (DF 54) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	498	96,89 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	16	3,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	498/514	96,89 %
Abweichungsrate	16/514	3,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	37,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	17	62,96 %

2.1.34 Kreuztabelle Datenfeld Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten) (DF 54) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	146	8 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**154**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 5,19 % (8/154)**
	0: nein	8 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	352	**360**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 2,22 % (8/360)**
	Gesamt	**154**	**360**	**514**	
		Sensitivität (146/154) = 94,81 %	**Spezifität (352/360) = 97,78 %**		
Fehldokumentationsrate 3,11 % (16/514)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 5,19 % (8/154)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,22 % (8/360)**		

2.1.35 Übersicht Datenfeld Beginn (DF 55) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	0,62 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	141	87,04 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	12,35 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	162	100,00 %
Übereinstimmungsrate	141/162	87,04 %
Abweichungsrate	21/162	12,96 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	45,83 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	13	54,17 %

2.1.36 Übersicht Datenfeld endgültige Beendigung (DF 56) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	2	1,23 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	120	74,07 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	24,69 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	162	100,00 %
Übereinstimmungsrate	120/162	74,07 %
Abweichungsrate	42/162	25,93 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	13	54,17 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	11	45,83 %

2.1.37 Übersicht Datenfeld Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt (DF 57) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	0,19 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	497	96,69 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	16	3,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	497/514	96,69 %
Abweichungsrate	17/514	3,31 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	37,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	17	62,96 %

2.1.38 Kreuztabelle Datenfeld Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt (DF 57) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					
		0: keine Atemhilfe	**1: nur nasale / pharyngeale Beatmung**	**2: nur intratracheale Beatmung**	**3: nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: keine Atemhilfe**	307	4	0	0	1	**312**
	1: nur nasale / pharyngeale Beatmung	1	134	1	8	0	**144**
	2: nur intratracheale Beatmung	0	0	5	2	0	**7**
	3: nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	0	0	0	51	0	**51**
	Gesamt	**308**	**138**	**6**	**61**	**1**	**514**
Fehldokumentationsrate: 3,31 % (17/514)							

2.1.39 Übersicht Datenfeld Pneumothorax (DF 61) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	511	99,42 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	0,58 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	511/514	99,42 %
Abweichungsrate	3/514	0,58 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	7,41 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25	92,59 %

2.1.40 Kreuztabelle Datenfeld Pneumothorax (DF 61) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		0: nein	**1: ja, unter Spontanatmung aufgetreten**	**2: ja, unter nasaler / pharyngealer Beatmung aufgetreten**	**3: ja, unter intratrachlealer Beatmung aufgetreten**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	501	2	0	0	**503**
	1: ja, unter Spontanatmung aufgetreten	0	3	0	0	**3**
	2: ja, unter nasaler / pharyngealer Beatmung aufgetreten	0	1	4	0	**5**
	3: ja, unter intratrachlealer Beatmung aufgetreten	0	0	0	3	**3**
	Gesamt	**501**	**6**	**4**	**3**	**514**
Fehldokumentationsrate: 0,58 % (3/514)						

2.1.41 Übersicht Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 62) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	84,62 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	15,38 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	13	100,00 %
Übereinstimmungsrate	11/13	84,62 %
Abweichungsrate	2/13	15,38 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	11,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	88,89 %

2.1.42 Kreuztabelle Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 62) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: Pneumothorax ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	**2: Pneumothorax lag bereits bei Aufnahme vor**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: Pneumothorax ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten**	9	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**9**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/9)**
	2: Pneumothorax lag bereits bei Aufnahme vor	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	2	**2**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/2)**
	Keine Angabe	2	0	**2**	
	Gesamt	**11**	**2**	**13**	
		Sensitivität (9/11) = 81,82 %	**Spezifität (2/2) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 15,38 % (2/13)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 18,2 % (2/11)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/2)**		

2.1.43 Übersicht Datenfeld Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (DF 63) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	509	99,03 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	0,97 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	509/514	99,03 %
Abweichungsrate	5/514	0,97 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	11,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	24	88,89 %

2.1.44 Kreuztabelle Datenfeld Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (DF 63) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: keine oder milde BPD	**1: ja, moderate BPD**	**2: ja, schwere BPD**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumen-tiert	**0: keine oder milde BPD**	503	3	1	**507**
	1: ja, moderate BPD	0	4	0	**4**
	2: ja, schwere BPD	1	0	2	**3**
	Gesamt	**504**	**7**	**3**	**514**
Fehldokumentationsrate: 0,97 % (5/514)					

2.1.45 Übersicht Datenfeld perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) (DF 64) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	0,19 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	502	97,67 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	2,14 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	502/514	97,67 %
Abweichungsrate	12/514	2,33 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	25,93 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	20	74,07 %

2.1.46 Kreuztabelle Datenfeld perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) (DF 64) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		0: nein	**1: ja, ohne therapeutische Hypothermie**	**2: ja, mit therapeutischer Hypothermie**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	485	5	1	0	**491**
	1: ja, ohne therapeutische Hypothermie	4	13	0	1	**18**
	2: ja, mit therapeutischer Hypothermie	0	1	4	0	**5**
	Gesamt	**489**	**19**	**5**	**1**	**514**
Fehldokumentationsrate: 2,33 % (12/514)						

2.1.47 Übersicht Datenfeld Sepsis/SIRS (DF 66) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	503	97,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	2,14 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	503/514	97,86 %
Abweichungsrate	11/514	2,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	29,63 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	19	70,37 %

2.1.48 Kreuztabelle Datenfeld Sepsis/SIRS (DF 66) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	28	5 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**33**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 15,15 % (5/33)**
	0: nein	6 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	475	**481**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 1,25 % (6/481)**
	Gesamt	**34**	**480**	**514**	
		Sensitivität (28/34) = 82,35 %	**Spezifität (475/480) = 98,96 %**		
Fehldokumentationsrate 2,14 % (11/514)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 17,65 % (6/34)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 1,04 % (5/480)**		

2.1.49 Übersicht Datenfeld Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns (DF 67) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	24	61,54 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	15	38,46 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	39	100,00 %
Übereinstimmungsrate	24/39	61,54 %
Abweichungsrate	15/39	38,46 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	55,56 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	44,44 %

2.1.50 Übersicht Datenfeld Pneumonie (DF 71) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	511	99,42 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	0,58 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	511/514	99,42 %
Abweichungsrate	3/514	0,58 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	11,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	24	88,89 %

2.1.51 Kreuztabelle Datenfeld Pneumonie (DF 71) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	8	2 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**10**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 20 % (2/10)**
	0: nein	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	503	**504**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,2 % (1/504)**
	Gesamt	**9**	**505**	**514**	
		Sensitivität (8/9) = 88,89 %	**Spezifität (503/505) = 99,6 %**		
Fehldokumentationsrate 0,58 % (3/514)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 11,11 % (1/9)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,4 % (2/505)**		

2.1.52 Übersicht Datenfeld Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt (DF 73) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	8	72,73 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	27,27 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	11	100,00 %
Übereinstimmungsrate	8/11	72,73 %
Abweichungsrate	3/11	27,27 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	37,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	62,50 %

2.1.53 Kreuztabelle Datenfeld Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt (DF 73) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: ja	**0: nein**	**Keine Angabe**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	4	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	2	**6**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/6)**
	0: nein	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	4	0	**4**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/4)**
	Keine Angabe	0	1	0	**1**	
	Gesamt	**4**	**5**	**2**	**11**	
		Sensitivität (4/4) = 100 %	**Spezifität (4/5) = 80 %**			
Fehldokumentationsrate 27,27 % (3/11)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/4)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/5)**			

2.1.54 Übersicht Datenfeld nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) (DF 75) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	511	99,42 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	0,58 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	511/514	99,42 %
Abweichungsrate	3/514	0,58 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	7,41 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25	92,59 %

2.1.55 Kreuztabelle Datenfeld nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) (DF 75) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	3	2 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**5**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 40 % (2/5)**
	0: nein	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	508	**509**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,2 % (1/509)**
	Gesamt	**4**	**510**	**514**	
		Sensitivität (3/4) = 75 %	**Spezifität (508/510) = 99,61 %**		
Fehldokumentationsrate 0,58 % (3/514)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (1/4)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,39 % (2/510)**		

2.1.56 Übersicht Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 76) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	50,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	50,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	6	100,00 %
Übereinstimmungsrate	3/6	50,00 %
Abweichungsrate	3/6	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	60,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	40,00 %

2.1.57 Kreuztabelle Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 76) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	**2: NEK lag bereits bei Aufnahme vor**	**Keine Angabe***	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten**	2	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**1**	**3**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/3)**
	2: NEK lag bereits bei Aufnahme vor	0	1	**1**	**2**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/2)**
	Keine Angabe	1	0		**1**	
	Gesamt	**3**	**1**	**2**	**6**	
		Sensitivität (2/3) = 66,6 %	**Spezifität (1/1) = 100,0 %**			
Fehldokumentationsrate 50 % (3/6)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 33,3 % (1/3)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)**			

2.1.58 Übersicht Datenfeld Neugeborenen-Hörscreening (DF 77) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	3	0,58 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	495	96,30 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	16	3,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	495/514	96,30 %
Abweichungsrate	19/514	3,70 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	33,33 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	18	66,67 %

2.1.59 Kreuztabelle Datenfeld Neugeborenen-Hörscreening (DF 77) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		0: nein	**1: ja, im aktuellen Aufenthalt**	**2: ja, in einem vorherigen Aufenthalt**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	34	4	0	0	**38**
	1: ja, im aktuellen Aufenthalt	6	439	1	2	**448**
	2: ja, in einem vorherigen Aufenthalt	0	5	22	1	**28**
	Gesamt	**40**	**448**	**23**	**3**	**514**
Fehldokumentationsrate: 3,7 % (19/514)						

2.1.60 Übersicht Datenfeld Kopfumfang bei Entlassung (DF 84.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	434	91,75 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	8,25 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	473	100,00 %
Übereinstimmungsrate	434/473	91,75 %
Abweichungsrate	39/473	8,25 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	37,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	17	62,96 %

2.1.61 Übersicht Datenfeld Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt (DF 84.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	12,20 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	36	87,80 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	41	100,00 %
Übereinstimmungsrate	5/41	12,20 %
Abweichungsrate	36/41	87,80 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	90,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	10,00 %

2.1.62 Kreuztabelle Datenfeld Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt (DF 84.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe („nein“)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	5	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**5**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/5)**
	Keine Angabe („nein“)	36 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	**36**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (36/36)**
	Gesamt	**41**	**0**	**41**	
		Sensitivität (5/41) = 12,2 %	**Spezifität (0/0) = -**		
Fehldokumentationsrate 87,8 % (36/41)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 87,8 % (36/41)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**		

2.1.63 Übersicht Datenfeld Entlassungsgrund (DF 86) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	506	98,44 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	8	1,56 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	506/514	98,44 %
Abweichungsrate	8/514	1,56 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	18,52 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	22	81,48 %

2.1.64 Kreuztabelle Datenfeld Entlassungsgrund (DF 86) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		01: Behandlung regulär beendet	**02: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen**	**07: Tod**	**99: lebend**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**01: Behandlung regulär beendet**	428	0	0	0	**428**
	02: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	6	9	0	0	**15**
	07: Tod	0	0	15	0	**15**
	99: lebend	2	0	0	54	**56**
	Gesamt	**436**	**9**	**15**	**54**	**514**
Fehldokumentationsrate: 1,56 % (8/514)						

2.1.65 Übersicht Datenfeld Todesursache (DF 91) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	15	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	15	100,00 %
Übereinstimmungsrate	15/15	100,00 %
Abweichungsrate	0/15	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9	100,00 %

2.1.66 Kreuztabelle Datenfeld Todesursache (DF 91) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		P95	**Keine Angabe („nein“)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**P95**	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**1**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)**
	Keine Angabe („nein“)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	14	**14**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/14)**
	Gesamt	**1**	**14**	**15**	
		Sensitivität (1/1) = 100 %	**Spezifität (14/14) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/15)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/14)**		

2.1.67 Übersicht Datenfeld weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) (DF 92) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	4	0,78 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	509	99,03 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,19 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	513/514	99,81 %
Abweichungsrate	1/514	0,19 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,70 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	26	96,30 %

2.1.68 Kreuztabelle Datenfeld weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) (DF 92) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		P95	**Keine Angabe („nein“)**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**P95**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	Keine Angabe („nein“)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	509	4	**514**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,19 % (1/514)**
	Gesamt	**1**	**509**	**4**	**514**	
		Sensitivität (0/1) = 0 %	**Spezifität (509/509) = 100 %**			
Fehldokumentationsrate 0,97 % (5/514)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 100 % (1/1)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/509)**			

2.2 Stichprobenverfahren HTXM-MKU

2.2.1 Übersicht Datenfeld Körpergröße (DF 9) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	64	95,52 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	4,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	64/67	95,52 %
Abweichungsrate	3/67	4,48 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.2 Übersicht Datenfeld Körpergewicht bei Aufnahme (DF 10) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	60	89,55 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	10,45 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	60/67	89,55 %
Abweichungsrate	7/67	10,45 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.3 Übersicht Datenfeld Grunderkrankung (DF 11) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	46	68,66 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	21	31,34 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	46/67	68,66 %
Abweichungsrate	21/67	31,34 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

2.2.4 Kreuztabelle Datenfeld Grunderkrankung (DF 11) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert										
		1000: dilatative Kardiomyopathie idiopathisch	**1009: dilatative Kardiomyopathie nicht idiopathisch**	**1050: restriktive Kardiomyopathie idiopathisch**	**1059: restriktive Kardiomyopathie nicht idiopathisch**	**1200: koronare Herzkrankheit**	**1201: hypertrophe Kardiomyopathie**	**1202: Herzklappenerkrankung**	**1203: angeborene Herzerkrankungen**	**1204: Herztumoren**	**1497: andere Herzerkrankungen**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1000: dilatative Kardiomyopathie idiopathisch**	21	8	0	0	1	0	0	0	0	0	**30**
	1009: dilatative Kardiomyopathie nicht idiopathisch	3	5	0	0	6	0	0	0	0	0	**14**
	1050: restriktive Kardiomyopathie idiopathisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	1059: restriktive Kardiomyopathie nicht idiopathisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**

	1200: koronare Herzkrankheit	2	0	0	0	17	0	0	0	0	0	**19**
	1201: hypertrophe Kardiomyopathie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	1202: Herzklappenerkrankung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	1203: angeborene Herzerkrankungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	1204: Herztumoren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	1497: andere Herzerkrankungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	**4**
	Gesamt	**27**	**13**	**0**	**0**	**24**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**67**
Fehldokumentationsrate: 31,34 % (21/67)												

2.2.5 Übersicht Datenfeld Diabetes mellitus (DF 12) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	1,49 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	62	92,54 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	5,97 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	62/67	92,54 %
Abweichungsrate	5/67	7,46 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.6 Kreuztabelle Datenfeld Diabetes mellitus (DF 12) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					
		0: nein	**1: ja, ausschließlich diätetisch eingestellt**	**2: ja, medikamentös eingestellt**	**3: ja, insulinpflichtig**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	45	2	0	0	1	**48**
	1: ja, ausschließlich diätetisch eingestellt	0	5	2	0	0	**7**
	2: ja, medikamentös eingestellt	0	0	1	0	0	**1**
	3: ja, insulinpflichtig	0	0	0	11	0	**11**
	Gesamt	**45**	**7**	**3**	**11**	**1**	**67**
Fehldokumentationsrate: 7,46 % (5/67)							

2.2.7 Übersicht Datenfeld Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt? (DF 17) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	54	80,60 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	19,40 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	54/67	80,60 %
Abweichungsrate	13/67	19,40 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.8 Kreuztabelle Datenfeld Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt? (DF 17) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	10	10 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**20**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 50 % (10/20)**
	0: nein	3 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	44	**47**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 6,38 % (3/47)**
	Gesamt	**13**	**54**	**67**	
		Sensitivität (10/13) = 76,92 %	**Spezifität (44/54) = 81,48 %**		
Fehldokumentationsrate 19,4 % (13/67)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 23,08 % (3/13)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 18,52 % (10/54)**		

2.2.9 Übersicht Datenfeld Herztransplantation (DF 18.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	23	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	23/23	100,00 %
Abweichungsrate	0/23	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	100,00 %

2.2.10 Kreuztabelle Datenfeld Herztransplantation (DF 18.1) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**0**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	Keine Angabe („nein“)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	23	**23**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/23)**
	Gesamt	**0**	**23**	**23**	
		Sensitivität (0/0) = -	**Spezifität (23/23) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/23)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/23)**		

2.2.11 Übersicht Datenfeld Assist Device/TAH (DF 18.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	86,96 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	13,04 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	20/23	86,96 %
Abweichungsrate	3/23	13,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.12 Kreuztabelle Datenfeld Assist Device/TAH (DF 18.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	1	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**4**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 75 % (3/4)**
	Keine Angabe („nein“)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	19	**19**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/19)**
	Gesamt	**1**	**22**	**23**	
		Sensitivität (1/1) = 100 %	**Spezifität (19/22) = 86,36 %**		
Fehldokumentationsrate 13,04 % (3/23)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 13,64 % (3/22)**		

2.2.13 Übersicht Datenfeld Koronarchirurgie (DF 18.3) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	86,96 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	13,04 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	20/23	86,96 %
Abweichungsrate	3/23	13,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.14 Kreuztabelle Datenfeld Koronarchirurgie (DF 18.3) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	4	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**7**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 42,86 % (3/7)**
	Keine Angabe („nein“)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	16	**16**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/16)**
	Gesamt	**4**	**19**	**23**	
		Sensitivität (4/4) = 100 %	**Spezifität (16/19) = 84,21 %**		
Fehldokumentationsrate 13,04 % (3/23)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/4)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 15,79 % (3/19)**		

2.2.15 Übersicht Datenfeld Klappenchirurgie (DF 18.4) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	17	73,91 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	26,09 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	17/23	73,91 %
Abweichungsrate	6/23	26,09 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.16 Kreuztabelle Datenfeld Klappenchirurgie (DF 18.4) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	5	4 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**9**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 44,44 % (4/9)**
	Keine Angabe („nein“)	2 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	12	**14**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 14,29 % (2/14)**
	Gesamt	**7**	**16**	**23**	
		Sensitivität (5/7) = 71,43 %	**Spezifität (12/16) = 75 %**		
Fehldokumentationsrate 26,09 % (6/23)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 28,57 % (2/7)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (4/16)**		

2.2.17 Übersicht Datenfeld Korrektur angeborener Vitien (DF 18.5) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	22	95,65 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	4,35 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	22/23	95,65 %
Abweichungsrate	1/23	4,35 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75,00 %

2.2.18 Kreuztabelle Datenfeld Korrektur angeborener Vitien (DF 18.5) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**1**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)**
	Keine Angabe („nein“)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	21	**22**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 4,55 % (1/22)**
	Gesamt	**2**	**21**	**23**	
		Sensitivität (1/2) = 50 %	**Spezifität (21/21) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 4,35 % (1/23)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 50 % (1/2)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/21)**		

2.2.19 Übersicht Datenfeld sonstige (DF 18.6) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	86,96 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	13,04 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	20/23	86,96 %
Abweichungsrate	3/23	13,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.20 Kreuztabelle Datenfeld sonstige (DF 18.6) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**Keine Angabe (nein)**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	0	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**3**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (3/3)**
	Keine Angabe („nein“)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	20	**20**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/20)**
	Gesamt	**0**	**23**	**23**	
		Sensitivität (0/0) = -	**Spezifität (20/23) = 86,96 %**		
Fehldokumentationsrate 13,04 % (3/23)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 13,04 % (3/23)**		

2.2.21 Übersicht Datenfeld Anzahl aller Voroperationen am Herzen (DF 19.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	8	34,78 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	15	65,22 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	8/23	34,78 %
Abweichungsrate	15/13	65,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.22 Übersicht Datenfeld Anzahl aller Voroperationen unbekannt (DF 19.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

2.2.23 Übersicht Datenfeld durchgeführter Eingriff (DF 25) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	71	97,26 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	2,74 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	71/73	97,26 %
Abweichungsrate	2/73	2,74 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.24 Kreuztabelle Datenfeld durchgeführter Eingriff (DF 25) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: Neuimplantation	**2: Systemwechsel**	**3: Ergänzung eines vorhandenen Systems**	**8: sonstiges**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: Neuimplantation**	65	0	0	0	**65**
	2: Systemwechsel	1	1	0	0	**2**
	3: Ergänzung eines vorhandenen Systems	0	0	3	0	**3**
	8: sonstiges	1	0	0	2	**3**
	Gesamt	**67**	**1**	**3**	**2**	**73**
Fehldokumentationsrate: 2,74 % (2/73)						

2.2.25 Übersicht Datenfeld Zielstellung (DF 26) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	3	4,11 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	65	89,04 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	6,85 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	65/73	89,04 %
Abweichungsrate	8/73	10,96 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.26 Kreuztabelle Datenfeld Zielstellung (DF 26) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					
		1: BTT - bridge to transplant	**2: BTR - bridge to recovery**	**3: DT - destination therapy**	**4: BTB - bridge to bridge**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: BTT - bridge to transplant**	34	0	0	1	0	**35**
	2: BTR - bridge to recovery	0	1	0	0	2	**3**
	3: DT - destination therapy	1	0	25	3	1	**30**
	4: BTB - bridge to bridge	0	0	0	5	0	**5**
	Gesamt	**35**	**1**	**25**	**9**	**3**	**73**
Fehldokumentationsrate: 10,96 % (8/73)							

2.2.27 Übersicht Datenfeld INTERMACS Profile-Level 1 - 7 (DF 29) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	1,49 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	64	95,52 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	4,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	64/67	97,01 %
Abweichungsrate	2/67	2,99 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.28 Kreuztabelle Datenfeld INTERMACS Profile-Level 1 - 7 (DF 29) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert								
		1: kritischer kardiogener Schock	**2: zunehmende Verschlechterung trotz inotroper Medikation**	**3: stabil, aber abhängig von Inotropika**	**4: ambulante orale Therapie, aber häufige Ruhesymptomatik**	**5: belastungsintolerant, keine Ruhesymptomatik**	**6: gering belastbar, keine Ruhesymptomatik**	**7: erweiterte NYHA-Klasse III Symptome**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: kritischer kardiogener Schock**	15	0	0	0	0	0	0	0	**15**
	2: zunehmende Verschlechterung trotz inotroper Medikation	0	14	1	0	0	0	0	0	**15**
	3: stabil, aber abhängig von Inotropika	0	0	24	0	0	0	0	0	**24**
	4: ambulante orale Therapie, aber häufige Ruhesymptomatik	0	0	0	11	0	0	0	0	**11**
	5: belastungsintolerant, keine Ruhesymptomatik	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	6: gering belastbar, keine Ruhesymptomatik	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	7: erweiterte NYHA-Klasse III Symptome	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	Keine Angabe	1	0	0	0	0	0	0	1	**2**
	Gesamt	**16**	**14**	**25**	**11**	**0**	**0**	**0**	**1**	**67**
Fehldokumentationsrate: 2,99 % (2/67)										

2.2.29 Übersicht Datenfeld klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) (DF 30) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	60	89,55 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	10,45 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	60/67	89,55 %
Abweichungsrate	7/67	10,45 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.30 Kreuztabelle Datenfeld klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) (DF 30) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: (I): Herzerkrankung ohne körperliche Limitation	2: (II): Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit	3: (III): Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit	4: (IV): Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe	Gesamt
Ereignis für die QS dokumentiert	1: (I): Herzerkrankung ohne körperliche Limitation	0	0	0	0	**0**
	2: (II): Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit	0	0	0	0	**0**
	3: (III): Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit	0	0	7	1	**8**
	4: (IV): Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe	0	1	3	53	**57**
	Keine Angabe	0	0	0	2	**2**
	Gesamt	**0**	**1**	**10**	**56**	**67**
Fehldokumentationsrate: 10,45 % (7/67)						

2.2.31 Übersicht Datenfeld linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35% (DF 31) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	64	95,52 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	4,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	64/67	95,52 %
Abweichungsrate	3/67	4,48 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.32 Kreuztabelle Datenfeld linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35% (DF 31) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: ja**	**9: nicht bestimmbar**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	64	0	0	**64**
	1: ja	1	0	0	**1**
	9: nicht bestimmbar	0	0	0	**0**
	Keine Angabe	1	0	1	**2**
	Gesamt	**66**	**0**	**1**	**67**
Fehldokumentationsrate: 4,48 % (3/67)					

2.2.33 Übersicht Datenfeld 6 Minuten Gehtest: Distanz >= 500 Meter (DF 32) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	64	95,52 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	4,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	64/67	95,52 %
Abweichungsrate	3/67	4,48 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.34 Kreuztabelle Datenfeld 6 Minuten Gehtest: Distanz >= 500 Meter (DF 32) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: ja**	**9: nicht bestimmbar**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	60	0	1	**61**
	1: ja	0	0	0	**0**
	9: nicht bestimmbar	0	0	4	**4**
	Keine Angabe	1	0	1	**2**
	Gesamt	**61**	**0**	**6**	**67**
Fehldokumentationsrate: 4,48 % (3/67)					

2.2.35 Übersicht Datenfeld stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten (DF 34) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	56	83,58 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	16,42 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	56/67	83,58 %
Abweichungsrate	11/67	16,42 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.36 Kreuztabelle Datenfeld stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten (DF 34) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	56	9 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**65**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 13,85 % (9/65)**
	0: nein	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	**0**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)**
	Keine Angabe	1	1	**2**	
	Gesamt	**57**	**10**	**67**	
		Sensitivität (56/57) = 98,25 %	**Spezifität (0/10) = 0 %**		
Fehldokumentationsrate 16,42 % (11/67)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/57)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 90 % (9/10)**		

2.2.37 Übersicht Datenfeld OP-Datum (DF 35) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	73	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	73/73	100,00 %
Abweichungsrate	0/73	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	100,00 %

2.2.38 Übersicht Datenfeld Art des Unterstützungssystems (DF 39) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	1,37 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	68	93,15 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	5,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	68/73	93,15 %
Abweichungsrate	5/73	6,85 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.39 Kreuztabelle Datenfeld Art des Unterstützungssystems (DF 39) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						
		1: LVAD	**2: RVAD**	**3: BiVAD**	**4: TAH**	**5: VA-ECMO**	**Nicht ersichtlich**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: LVAD**	61	0	0	0	0	0	**61**
	2: RVAD	0	4	0	0	1	0	**5**
	3: BiVAD	3	0	2	0	0	1	**6**
	4: TAH	0	0	0	1	0	0	**1**
	5: VA-ECMO	0	0	0	0	0	0	**0**
	Gesamt	**64**	**4**	**2**	**1**	**1**	**1**	**73**
Fehldokumentationsrate: 6,85 % (5/73)								

2.2.40 Übersicht Datenfeld Sepsis (DF 41) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	71	97,26 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	2,74 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	71/73	97,26 %
Abweichungsrate	2/73	2,74 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75,00 %

2.2.41 Kreuztabelle Datenfeld Sepsis (DF 41) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	7	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**7**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/7)**
	0: nein	2 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	64	**66**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 3,03 % (2/66)**
	Gesamt	**9**	**64**	**73**	
		Sensitivität (7/9) = 77,78 %	**Spezifität (64/64) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 2,74 % (2/73)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 22,22 % (2/9)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/64)**		

2.2.42 Übersicht Datenfeld neurologische Dysfunktion (DF 42) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	70	95,89 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	4,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	70/73	95,89 %
Abweichungsrate	3/73	4,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.43 Kreuztabelle Datenfeld neurologische Dysfunktion (DF 42) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	**0: nein**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**1: ja**	8	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**8**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/8)**
	0: nein	3 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	62	**65**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 4,62 % (3/65)**
	Gesamt	**11**	**62**	**73**	
		Sensitivität (8/11) = 72,73 %	**Spezifität (62/62) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 4,11 % (3/73)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 27,27 % (3/11)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/62)**		

2.2.44 Übersicht Datenfeld Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems (DF 43) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	73	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	73/73	100,00 %
Abweichungsrate	0/73	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	100,00 %

2.2.45 Kreuztabelle Datenfeld Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems (DF 43) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		0: nein	**1: ja, technische Fehlfunktion**	**2: ja, sekundäre Fehlfunktion**	**Gesamt**
Ereignis für die QS dokumentiert	**0: nein**	73	0	0	**73**
	1: ja, technische Fehlfunktion	0	0	0	**0**
	2: ja, sekundäre Fehlfunktion	0	0	0	**0**
	Gesamt	**73**	**0**	**0**	**73**
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/73)					

2.2.46 Übersicht Datenfeld Entlassungsgrund (DF 99) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	67	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	67/67	100,00 %
Abweichungsrate	0/67	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	100,00 %

2.2.47 Kreuztabelle Datenfeld Entlassungsgrund (DF 99) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		07: Tod	**99: lebend**	**Gesamt**	
Ereignis für die QS dokumentiert	**07: Tod**	10	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	**10**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/10)**
	99: lebend	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	57	**57**	**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/57)**
	Gesamt	**10**	**57**	**67**	
		Sensitivität (10/10) = 100 %	**Spezifität (57/57) = 100 %**		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/67)		**Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/10)**	**Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/57)**		

3 Relevante Ereignisse, deren Unterdokumentation einen gezielten Datenabgleich auslösen (Relevanzkriterien)

3.1 Auswertungsmodul NEO

Tabelle 1: Ausgewählte relevante Ereignisse für das QS-Verfahren NEO auf Grundlage des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018)

Bezeichnung	Formel der Rechenregel	in die Rechenregeln einbezogene Datenfelder auf Grundlage der QIDB 2018
Sepsis oder Pneumonie bei Kindern ohne primär palliative Therapie und ohne letale Fehlbildungen	(SEPSIS %==% 1 | PNEUMONIENEO %==% 1) & ((THERAPIEVERZICHT %==% 0 | is.na(THERAPIEVERZICHT)) & CRIBFEHLBILD %in% c(0, 1, 3))	(DF 66) Sepsis/SIRS (DF 71) Pneumonie (DF 29) primär palliative Therapie (ab Geburt) (DF 44) Fehlbildungen
Pneumothorax unter oder nach Beatmung	PNEUMOATMUNG %in% c(1, 2, 3) & PTAUFNAHME %==% 1 & BEATMUNG %in% c(1, 2, 3)	(DF 61) Pneumothorax (DF 62) Status bei Aufnahme (DF 57) Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt
Kein Hörtest durchgeführt	!(HOERSCRN %in% c(1, 2))	(DF 77) Neugeborenen-Hörscreening
Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	AUFNTEMP %<% 36 & !AUFNTEMP %>=% 99 & is.na(AUFNTEMPNB)	(DF 43.1) Körpertemperatur bei Aufnahme (DF 43.2) Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt
Komplikationen: Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH, Nekrotisierende Enterokolitis (NEK), Bronchopulmonale Dysplasie (BPD), Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	(IVHAEM %in% c(3, 4) & !is.na(IVHAEM) & IVHPVHAUFNAHME %==% 1) | (ENTEROKOLITIS %==% 1 & NECAUFNAHME %==% 1) | (BPD %in% c(1, 2)) | (ROP %in% c(3, 4, 5) & !is.na(ROP))	(DF 47) Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie (DF 48) Status bei Aufnahme (DF 75) nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) (DF 76) Status bei Aufnahme (DF 63) Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (DF 79.1) OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)

Bezeichnung	Formel der Rechenregel	in die Rechenregeln einbezogene Datenfelder auf Grundlage der QIDB 2018
Tod während des stationären Aufenthaltes	ENTLGRUND %==% 07	(DF 86) Entlassungsgrund

3.2 Auswertungsmodul HTXM-MKU

Tabelle 2: Ausgewählte relevante Ereignisse für das Auswertungsmodul HTXM-MKU auf Grundlage des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018)

Bezeichnung	Formel der Rechenregel	in die Rechenregeln einbezogene Datenfelder auf Grundlage der QIDB 2018
Tod während des stationären Aufenthaltes	ENTLGRUND %==% 07 & VADTAHJN %==% 1 & HTXJN %==% 0 & fn_EntlassungInAJ	(DF 99) Entlassungsgrund (DF 22) Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert? (DF 21) Wurde während des stationären Aufenthaltes eine Herztransplantation durchgeführt? (DF97) Entlassungsdatum Krankenhaus
Neurologische Komplikationen	NEURODYSFUNKTION %==% 1 & VADTAHJN %==% 1 & fn_EntlassungInAJ	(DF 42) neurologische Dysfunktion (DF 22) Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert? (DF97) Entlassungsdatum Krankenhaus
Sepsis	SEPSIS %==% 1 & VADTAHJN %==% 1 & fn_EntlassungInAJ	(DF 41) Sepsis (DF 22) Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert? (DF97) Entlassungsdatum Krankenhaus

Bezeichnung	**Formel der Rechenregel**	**in die Rechenregeln einbezogene Datenfelder auf Grundlage der QIDB 2018**
Fehlfunktion des Systems	!(FEHLFNKTVADTAH %==% 0) & VADTAHJN %==% 1 & fn_EntlassungInAJ	(DF 43) Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems (DF 22) Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert? (DF97) Entlassungsdatum Krankenhaus

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 3: Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018 nach QS-Verfahren

QS-Verfahrens-gebiet	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
indirekt			
Herzschrittmacher und Defibrillatoren	09n1-HSM-IMPL	813070	häufig führendes Symptom „sonstiges“
	09n1-HSM-IMPL	813071	häufig führende Indikation „sonstiges“
	09n3-HSM-REV	850339	häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen
	09n4-DEFI-IMPL	850313	häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
	09n4-DEFI-IMPL	850314	häufig ICD-System „sonstiges“
	09n4-DEFI-IMPL	850315	häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“
	09n4-DEFI-IMPL	850317	Angabe von ASA 5
Gefäß-chirurgie	10n2-KAROT	850332	häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten
Gynäkologische Operationen	15n1-GYN-OP	850231	häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund
	18n1-MAMMA	850363	häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“
	18n1-MAMMA	850364	häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“
	18n1-MAMMA	813068	häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde
	18n1-MAMMA	850372	häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

QS-Verfahrens-gebiet	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
Perinatalmedizin	16n1-GEBH	850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
	16n1-GEBH	850224	häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess
	NEO	850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben
	NEO	850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme
	NEO	851800	Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab
	NEO	851812	Hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis
	NEO	851813	Letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert
	NEO	851814	Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht
Orthopädie / Unfallchirurgie	17n1-HÜFT-FRAK	850147	Angabe von ASA 5
	17n1-HÜFT-FRAK	850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation
	17n1-HÜFT-FRAK	850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen
	HEP	850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation
	HEP	850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen
	HEP	851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen
	KEP	850305	Angabe von ASA 5
	KEP	850306	häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen
	KEP	850307	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen
	KEP	850336	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

QS-Verfahrens-gebiet	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
Pflege	DEK	850359	häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)
	DEK	850361	häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“
	DEK	850362	kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung
	DEK	851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik
Pneumonie	PNEU	811821	häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde
	PNEU	811822	häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit
	PNEU	811825	häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
	PNEU	811826	häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
	PNEU	811827	häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
direkt			
Herzchirurgie	HCH-KCH	813165	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation"
	HCH-KCH	850373	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
	HCH-AORT-KATH	850353	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-AORT-KATH	850283	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
	HCH-AORT-CHIR	811809	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-AORT-CHIR	850371	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
	HCH-KOMB	850354	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-KOMB	850374	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Herz-/ Lungentransplantation	HTXM-TX	850293	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850294	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850295	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
	HTXM-MKU	851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart

QS-Verfahrens-gebiet	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
	HTXM-MKU	851809	Häufige Angabe von "nicht bestimmbar" bei Indikati-onskriterien
	HTXM-MKU	851810	Häufige Systemwechsel und -ergänzungen
	HTXM-MKU	851811	Inkonsistente Zielstellung und Einsatzdauer
	LUTX	850302	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	LUTX	850303	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	LUTX	850304	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	LTX	850299	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	LTX	850300	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	LTX	850301	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Nieren-/ Pankreas-transplantation	PNTX-D	850308	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850309	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850310	häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

Gelb hinterlegt: AKs der Auswertungsmodule des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich EJ 2018

4.1.1 Maßnahmen pro AK

Tabelle 4: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018

Auswertungs-modul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	1.004	32	3,2	0	0,0	6	18,8	26	81,3	0	0,0	1	3,1	0	0,0	2	6,3
09n1-HSM-IMPL	813071	1.004	37	3,7	0	0,0	11	29,7	26	70,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850339	826	18	2,2	0	0,0	4	22,2	14	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850313	733	17	2,3	0	0,0	6	35,3	11	64,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9
09n4-DEFI-IMPL	850314	733	7	1,0	0	0,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850315	733	7	1,0	0	0,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850317	733	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850332	612	23	3,8	0	0,0	1	4,3	22	95,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850231	828	16	1,9	0	0,0	3	18,8	13	81,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3
18n1-MAMMA	850363	717	15	2,1	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
18n1-MAMMA	850372	717	10	1,4	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	813068	713	21	2,9	0	0,0	2	9,5	19	90,5	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850364	720	12	1,7	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
16n1-GEBH	850224	691	37	5,4	1	2,7	8	21,6	28	75,7	0	0,0	1	2,7	0	0,0	2	5,4
16n1-GEBH	850318	663	34	5,1	0	0,0	12	35,3	22	64,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NEO	850206	519	19	3,7	0	0,0	2	10,5	17	89,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850207	318	15	4,7	0	0,0	2	13,3	13	86,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	851800	515	23	4,5	0	0,0	2	8,7	21	91,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	851813	136	54	39,7	0	0,0	12	22,2	42	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9
NEO	851814	257	138	53,7	0	0,0	34	24,6	104	75,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4
NEO	851812	322	64	19,9	0	0,0	27	42,2	37	57,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
17n1-HÜFT-FRAK	850147	1.123	32	2,8	0	0,0	7	21,9	25	78,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850148	56	38	67,9	0	0,0	17	44,7	21	55,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850149	339	4	1,2	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850152	970	64	6,6	0	0,0	13	20,3	51	79,7	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,6
HEP	850151	713	33	4,6	0	0,0	7	21,2	26	78,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	851804	762	12	1,6	1	8,3	6	50,0	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850305	1.072	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850306	1.062	17	1,6	0	0,0	3	17,6	14	82,4	0	0,0	1	5,9	0	0,0	1	5,9
KEP	850307	560	52	9,3	0	0,0	8	15,4	43	82,7	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850336	215	10	4,7	0	0,0	2	20,0	8	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850361	1.744	61	3,5	0	0,0	4	6,6	57	93,4	0	0,0	1	1,6	0	0,0	5	8,2
DEK	851805	1.744	19	1,1	1	5,3	14	73,7	3	15,8	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEK	850359	1.744	69	4,0	0	0,0	1	1,4	68	98,6	0	0,0	2	2,9	2	2,9	10	14,5
DEK	850362	628	6	1,0	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7
PNEU	811822	1.441	65	4,5	0	0,0	5	7,7	60	92,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,6
PNEU	811825	1.427	35	2,5	0	0,0	11	31,4	24	68,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811821	1.455	18	1,2	1	5,6	0	0,0	17	94,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
PNEU	811826	1.427	37	2,6	0	0,0	12	32,4	25	67,6	0	0,0	1	2,7	0	0,0	2	5,4
PNEU	811827	1.455	5	0,3	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	813165	40	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	850373	81	2	2,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850353	27	2	7,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850283	85	3	3,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	811809	50	2	4,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	850371	81	3	3,7	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850354	31	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850374	80	2	2,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850293	20	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	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	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850295	20	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HTXM-MKU	851807	62	5	8,1	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851809	62	12	19,4	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851810	62	4	6,5	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851811	62	7	11,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850302	13	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850303	16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850304	15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850299	22	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850300	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850301	23	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850308	39	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850309	39	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850310	38	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		**34.441** [A]	**1.227**	**3,6**	**4**	**0,3**	**249**	**20,3**	**972**	**79,2**	**2**	**0,2**	**10**	**0,8**	**2**	**0,2**	**36**	**2,9**

[A] Die Gesamtanzahl entspricht nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann, sondern den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

4.1.2 Bewertungen nach SD pro AK

Tabelle 5: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	32	3,2	26	81,3	4	15,4	1	3,8	19	73,1	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0
09n1-HSM-IMPL	813071	37	3,7	26	70,3	5	19,2	1	3,8	17	65,4	0	0,0	3	11,5	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850339	18	2,2	14	77,8	3	21,4	1	7,1	8	57,1	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850313	17	2,3	11	64,7	1	9,1	0	0,0	10	90,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850314	7	1,0	6	85,7	1	16,7	0	0,0	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
09n4-DEFI-IMPL	850315	7	1,0	6	85,7	2	33,3	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
09n4-DEFI-IMPL	850317	3	0,4	3	100,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850332	23	3,8	22	95,7	12	54,5	0	0,0	7	31,8	1	4,5	1	4,5	0	0,0	1	4,5
15n1-GYN-OP	850231	16	1,9	13	81,3	4	30,8	0	0,0	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850363	15	2,1	15	100,0	1	6,7	1	6,7	13	86,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850372	10	1,4	9	90,0	0	0,0	0	0,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18n1-MAMMA	813068	21	2,9	19	90,5	2	10,5	1	5,3	14	73,7	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850364	12	1,7	12	100,0	2	16,7	2	16,7	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850224	37	5,4	28	75,7	1	3,6	1	3,6	20	71,4	0	0,0	4	14,3	0	0,0	2	7,1
16n1-GEBH	850318	34	5,1	22	64,7	11	50,0	0	0,0	9	40,9	0	0,0	2	9,1	0	0,0	0	0,0
NEO	850206	19	3,7	17	89,5	1	5,9	3	17,6	11	64,7	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0
NEO	850207	15	4,7	13	86,7	7	53,8	0	0,0	5	38,5	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0
NEO	851800	23	4,5	21	91,3	10	47,6	0	0,0	10	47,6	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
NEO	851813	54	39,7	42	77,8	15	35,7	2	4,8	22	52,4	0	0,0	1	2,4	0	0,0	2	4,8
NEO	851814	138	53,7	104	75,4	90	86,5	1	1,0	11	10,6	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0
NEO	851812	64	19,9	37	57,8	30	81,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850147	32	2,8	25	78,1	12	48,0	1	4,0	11	44,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850148	38	67,9	21	55,3	6	28,6	3	14,3	11	52,4	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850149	4	1,2	4	100,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850152	64	6,6	51	79,7	10	19,6	2	3,9	37	72,5	2	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850151	33	4,6	26	78,8	4	15,4	1	3,8	20	76,9	1	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	851804	12	1,6	5	41,7	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KEP	850305	3	0,3	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850306	17	1,6	14	82,4	9	64,3	0	0,0	4	28,6	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
KEP	850307	52	9,3	43	82,7	7	16,3	4	9,3	31	72,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,7
KEP	850336	10	4,7	8	80,0	2	25,0	0	0,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850361	61	3,5	57	93,4	9	15,8	1	1,8	39	68,4	1	1,8	2	3,5	0	0,0	5	8,8
DEK	851805	19	1,1	3	15,8	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
DEK	850359	69	4,0	68	98,6	3	4,4	0	0,0	61	89,7	0	0,0	3	4,4	0	0,0	1	1,5
DEK	850362	6	1,0	5	83,3	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811822	65	4,5	60	92,3	31	51,7	4	6,7	23	38,3	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,7
PNEU	811825	35	2,5	24	68,6	15	62,5	1	4,2	5	20,8	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811821	18	1,2	17	94,4	14	82,4	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9
PNEU	811826	37	2,6	25	67,6	13	52,0	0	0,0	10	40,0	1	4,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811827	5	0,3	2	40,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	813165	1	2,5	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	850373	2	2,5	2	100,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850353	2	7,4	2	100,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850283	3	3,5	3	100,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-AORT-CHIR	811809	2	4,0	2	100,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	850371	3	3,7	3	100,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850354	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850374	2	2,5	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850293	1	5,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	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	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	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851807	5	8,1	5	100,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851809	12	19,4	12	100,0	7	58,3	1	8,3	3	25,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851810	4	6,5	4	100,0	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851811	7	11,3	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850302	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850303	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850304	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850299	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850300	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850301	1	4,3	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PNTX-D	850308	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850309	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850310	0	0,0	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		**1227**	**3,6**	**972**	**79,2**	**351**	**36,1**	**33**	**3,4**	**517**	**53,2**	**11**	**1,1**	**41**	**4,2**	**0**	**0,0**	**21**	**2,2**

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

4.1.3 Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 6: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerischen Auffälligkeiten *		keine Maßnahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	5.341	179	3,4	0	0,0	0	0,0	179	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	1.112	26	2,3	0	0,0	0	0,0	26	100,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	1.107	58	5,2	0	0,0	8	13,8	50	86,2	0	0,0	1	1,7	2	3,4	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	3.625	128	3,5	0	0,0	37	28,9	89	69,5	2	1,6	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	264	11	4,2	0	0,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	2.391	89	3,7	0	0,0	0	0,0	89	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	690	30	4,3	0	0,0	10	33,3	20	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	791	27	3,4	0	0,0	1	3,7	26	96,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	3.064	144	4,7	2	1,4	0	0,0	142	98,6	0	0,0	3	2,1	0	0,0	10	6,9
Nordrhein-Westfalen	NO	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	7.673	245	3,2	0	0,0	154	62,9	91	37,1	0	0,0	1	0,4	0	0,0	23	9,4
Rheinland-Pfalz	RP	1.856	68	3,7	0	0,0	3	4,4	65	95,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	1.050	31	3,0	0	0,0	3	9,7	28	90,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	443	15	3,4	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Sachsen	SN	1.827	55	3,0	0	0,0	3	5,5	52	94,5	0	0,0	2	3,6	0	0,0	2	3,6

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerischen Auffälligkeiten *		keine Maßnahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sachsen-Anhalt	ST	1.149	46	4,0	2	4,3	30	65,2	14	30,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	1.048	30	2,9	0	0,0	0	0,0	30	100,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	1.010	45	4,5	0	0,0	0	0,0	45	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**34.441** [A]	**1.227**	**3,6**	**4**	**0,3**	**249**	**20,3**	**972**	**79,2**	**2**	**0,2**	**10**	**0,8**	**2**	**0,2**	**36**	**2,9**

[A] Die Gesamtanzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

4.1.4 Bewertungen nach SD pro Bundesland

Tabelle 7: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018

		rechnerische Auffällig-keiten *		angeforderte Stellung-nahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
Bundesland und Kürzel		**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	BA	179	3,4	179	100,0	73	40,8	0	0,0	0	0,0	104	58,1	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Brandenburg	BB	26	2,3	26	100,0	17	65,4	0	0,0	0	0,0	9	34,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	58	5,2	50	86,2	22	44,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	27	54,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	128	3,5	89	69,5	37	41,6	0	0,0	0	0,0	47	52,8	0	0,0	3	3,4	0	0,0	4	4,5
Bremen	HB	11	4,2	11	100,0	5	45,5	0	0,0	0	0,0	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	89	3,7	89	100,0	26	29,2	0	0,0	5	5,6	55	61,8	3	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	30	4,3	20	66,7	16	80,0	0	0,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	27	3,4	26	96,3	7	26,9	0	0,0	2	7,7	16	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Niedersachsen	NI	144	4,7	142	98,6	49	34,5	0	0,0	0	0,0	91	64,1	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Nordrhein-Westfalen	NO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	245	3,2	91	37,1	19	20,9	0	0,0	7	7,7	52	57,1	1	1,1	4	4,4	0	0,0	8	8,8
Rheinland-Pfalz	RP	68	3,7	65	95,6	24	36,9	0	0,0	0	0,0	40	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Schleswig-Holstein	SH	31	3,0	28	90,3	8	28,6	0	0,0	0	0,0	20	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	15	3,4	15	100,0	6	40,0	0	0,0	0	0,0	9	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	55	3,0	52	94,5	9	17,3	0	0,0	3	5,8	30	57,7	3	5,8	2	3,8	0	0,0	5	9,6

		rechnerische Auffällig-keiten *		angeforderte Stellung-nahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
Bundesland und Kürzel		**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Sachsen-Anhalt	ST	46	4,0	14	30,4	2	14,3	0	0,0	10	71,4	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	30	2,9	30	100,0	19	63,3	0	0,0	0	0,0	11	36,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	45	4,5	45	100,0	12	26,7	0	0,0	2	4,4	24	53,3	2	4,4	5	11,1	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**1.227**	**3,6**	**972**	**79,2**	**351**	**36,1**	**0**	**0,0**	**33**	**3,4**	**517**	**53,2**	**11**	**1,1**	**41**	**4,2**	**0**	**0,0**	**21**	**2,2**

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 8:Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Vollzähligkeit zum EJ 2018 nach QS-Verfahren

QS-Verfahren	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
indirekte QS-Verfahren			
Herzschrittmacher und Defibrillatoren	09n1-HSM-IMPL	813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n1-HSM-IMPL	850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n1-HSM-IMPL	850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n1-HSM-IMPL	850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n2-HSM-AGGW	813073	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n2-HSM-AGGW	850164	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n2-HSM-AGGW	850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n2-HSM-AGGW	850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n3-HSM-REV	813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n3-HSM-REV	850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n3-HSM-REV	850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n3-HSM-REV	850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n4-DEFI-IMPL	851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n4-DEFI-IMPL	850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n4-DEFI-IMPL	850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n4-DEFI-IMPL	850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n5-DEFI-AGGW	851802	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n5-DEFI-AGGW	850196	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n5-DEFI-AGGW	850195	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n5-DEFI-AGGW	850221	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n6-DEFI-REV	851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n6-DEFI-REV	850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n6-DEFI-REV	850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

QS-Verfahren	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
	09n6-DEFI-REV	850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Gefäß-chirurgie	10n2-KAROT	850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	10n2-KAROT	850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	10n2-KAROT	850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Gynäkolo-gische Opera-tionen	15n1-GYN-OP	850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	15n1-GYN-OP	850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	15n1-GYN-OP	850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Mamma-chirurgie	18n1-MAMMA	850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	18n1-MAMMA	850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	18n1-MAMMA	850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Perinatalmedizin	16n1-GEBH	850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	16n1-GEBH	850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	16n1-GEBH	850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	NEO	850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	NEO	850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	NEO	850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Orthopädie / Unfallchirurgie	17n1-HÜFT-FRAK	850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	17n1-HÜFT-FRAK	850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	17n1-HÜFT-FRAK	850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	HEP	850272	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	HEP	850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	HEP	850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)
	HEP	850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)
	HEP	850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)
	HEP	850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)
	HEP	850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	HEP	850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten
	KEP	850344	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

QS-Verfahren	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
	KEP	850345	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)
	KEP	850346	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)
	KEP	850347	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)
	KEP	850348	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	KEP	850349	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	KEP	850370	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	KEP	850375	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten
Pflege	DEK	850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	DEK	851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik
	DEK	850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	DEK	851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik
	DEK	850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Pneumonie	PNEU	850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	PNEU	850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	PNEU	850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
direkte QS-Verfahren			
Herzchirurgie	HCH-AORT-KATH	850289	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)
	HCH-AORT-KATH	850290	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)
	HCH-AORT-KATH	850291	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)
	HCH-AORT-KATH	850292	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)
	HCH-D*	850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	HCH-D*	850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	HCH-D*	850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

QS-Verfahren	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
Herz-/ Lungentransplantation	HTXM-TX	850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)
	HTXM-TX	850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)
	HTXM-TX	850257	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850258	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850259	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
	HTXM-MKU	850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)
	HTXM-MKU	850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)
	HTXM-D	850251	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	HTXM-D	850252	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LUTX	850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	LUTX	850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LUTX	850266	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	LUTX	850267	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	LUTX	850268	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	LTX	850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	LTX	850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LTX	850263	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	LTX	850264	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	LTX	850265	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
	LLS	850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	LLS	850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LLS	850260	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	LLS	850261	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	LLS	850262	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Nieren-/Pankreas-transplantation	NLS	850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	NLS	850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	NLS	850269	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	NLS	850270	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	NLS	850271	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

QS-Verfahren	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
	PNTX-D	850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	PNTX-D	850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	PNTX-D	850278	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850279	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850280	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

Gelb hinterlegt: AKs der Auswertungsmodule des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich
* Gemeinsamer herzchirurgischer Datensatz für alle Auswertungsmodule

5.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

5.1.1 Maßnahmen pro AK

Tabelle 9: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018

Auswertungs-modul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813072	1.067	25	2,3	0	0,0	12	48,0	13	52,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n1-HSM-IMPL	850097	1.091	10	0,9	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	813073	896	15	1,7	0	0,0	8	53,3	7	46,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850164	917	4	0,4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	813074	869	13	1,5	0	0,0	6	46,2	7	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850166	897	13	1,4	0	0,0	1	7,7	12	92,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850193	769	8	1,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	851801	747	18	2,4	0	0,0	8	44,4	10	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850196	694	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	851802	676	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850197	618	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	851803	595	7	1,2	0	0,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850085	644	11	1,7	0	0,0	5	45,5	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15n1-GYN-OP	850099	1.097	8	0,7	0	0,0	1	12,5	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850093	849	9	1,1	0	0,0	3	33,3	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2
16n1-GEBH	850081	705	11	1,6	0	0,0	2	18,2	9	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
NEO	850199	577	12	2,1	0	0,0	1	8,3	11	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850351	1.185	14	1,2	0	0,0	5	35,7	9	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850272	1.260	12	1,0	0	0,0	3	25,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850274	1.260	11	0,9	0	0,0	2	18,2	9	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
HEP	850276	1.121	82	7,3	3	3,7	30	36,6	49	59,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
HEP	850376	1.248	36	2,9	0	0,0	18	50,0	18	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850346	985	23	2,3	1	4,3	7	30,4	15	65,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
KEP	850344	1.092	13	1,2	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850348	1.105	10	0,9	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850375	1.085	23	2,1	0	0,0	12	52,2	11	47,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850095	1.734	39	2,2	0	0,0	7	17,9	32	82,1	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
DEK	851806	1.916	23	1,2	0	0,0	23	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850101	1.421	13	0,9	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850289	92	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-AORT-KATH	850291	75	7	9,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850253	99	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850239	21	1	4,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	850249	62	3	4,8	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850251	62	4	6,5	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850245	14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850255	38	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		**29.651** [A]	**487**	**1,6**	**4**	**0,8**	**165**	**33,9**	**318**	**65,3**	**0**	**0,0**	**2**	**0,4**	**0**	**0,0**	**6**	**1,2**

[A] Die Gesamtanzahl entspricht nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann, sondern den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.1.2 Bewertungen nach SD pro AK

Tabelle 10: Bewertungen nach dem Strukturiertem Dialog pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813072	25	2,3	13	52,0	3	23,1	0	0,0	9	69,2	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0
09n1-HSM-IMPL	850097	10	0,9	9	90,0	0	0,0	0	0,0	7	77,8	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	813073	15	1,7	7	46,7	2	28,6	1	14,3	2	28,6	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850164	4	0,4	4	100,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	813074	13	1,5	7	53,8	0	0,0	1	14,3	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6
09n3-HSM-REV	850166	13	1,4	12	92,3	0	0,0	1	8,3	10	83,3	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850193	8	1,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	851801	18	2,4	10	55,6	2	20,0	1	10,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850196	3	0,4	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	851802	2	0,3	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850197	3	0,5	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	851803	7	1,2	6	85,7	0	0,0	1	16,7	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
10n2-KAROT	850085	11	1,7	6	54,5	0	0,0	0	0,0	4	66,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7
15n1-GYN-OP	850099	8	0,7	7	87,5	1	14,3	0	0,0	5	71,4	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850093	9	1,1	6	66,7	0	0,0	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16n1-GEBH	850081	11	1,6	9	81,8	0	0,0	0	0,0	7	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2
NEO	850199	12	2,1	11	91,7	1	9,1	0	0,0	8	72,7	1	9,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1
17n1-HÜFT-FRAK	850351	14	1,2	9	64,3	2	22,2	0	0,0	7	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850272	12	1,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850274	11	0,9	9	81,8	0	0,0	0	0,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0
HEP	850276	82	7,3	49	59,8	3	6,1	1	2,0	29	59,2	1	2,0	13	26,5	0	0,0	2	4,1
HEP	850376	36	2,9	18	50,0	1	5,6	2	11,1	12	66,7	0	0,0	3	16,7	0	0,0	0	0,0
KEP	850346	23	2,3	15	65,2	2	13,3	0	0,0	7	46,7	0	0,0	4	26,7	1	6,7	1	6,7
KEP	850344	13	1,2	9	69,2	2	22,2	0	0,0	7	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850348	10	0,9	9	90,0	1	11,1	0	0,0	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850375	23	2,1	11	47,8	0	0,0	0	0,0	10	90,9	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0
DEK	850095	39	2,2	32	82,1	2	6,3	1	3,1	21	65,6	0	0,0	7	21,9	0	0,0	1	3,1
DEK	851806	23	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850101	13	0,9	9	69,2	0	0,0	0	0,0	6	66,7	1	11,1	2	22,2	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850289	1	1,1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850291	7	9,3	7	100,0	0	0,0	0	0,0	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850253	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850239	1	4,8	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HTXM-MKU	850249	3	4,8	3	100,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850251	4	6,5	4	100,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0
LUTX	850245	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850255	0	0,0	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		**487**	**1,6**	**318**	**65,3**	**22**	**6,9**	**9**	**2,8**	**225**	**70,8**	**6**	**1,9**	**42**	**13,2**	**1**	**0,3**	**13**	**4,1**

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.1.3 Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 11: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffällig-keiten *		keine Maß-nahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	4.767	68	1,4	0	0,0	0	0,0	68	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	968	8	0,8	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	913	16	1,8	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	3.097	57	1,8	0	0,0	34	59,6	23	40,4	0	0,0	2	3,5	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	209	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	2.150	51	2,4	0	0,0	0	0,0	51	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	554	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	701	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	2.653	49	1,8	0	0,0	4	8,2	45	91,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,1
Nordrhein-Westfalen	NW	6.785	132	1,9	0	0,0	103	78,0	29	22,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Rheinland-Pfalz	RP	1.656	39	2,4	0	0,0	14	35,9	25	64,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	918	8	0,9	3	37,5	1	12,5	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	370	4	1,1	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	1.515	21	1,4	0	0,0	5	23,8	16	76,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	ST	967	8	0,8	1	12,5	1	12,5	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffällig-keiten *		keine Maß-nahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	TH	897	7	0,8	0	0,0	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	531	16	3,0	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**29.651 [A]**	**487**	**1,6**	**4**	**0,8**	**165**	**33,9**	**318**	**65,3**	**0**	**0,0**	**2**	**0,4**	**0**	**0,0**	**6**	**1,2**

[A] Die Gesamtanzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.1.4 Bewertungen nach SD pro Bundesland

Tabelle 12: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018

		rechnerische Auffällig-keiten *		angeforderte Stellung-nahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
Bundesland und Kürzel		**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	BA	68	1,4	68	100,0	3	4,4	0	0,0	0	0,0	62	91,2	2	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Brandenburg	BB	8	0,8	8	100,0	3	37,5	0	0,0	0	0,0	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	16	1,8	16	100,0	5	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	68,8	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	57	1,8	23	40,4	1	4,3	0	0,0	0	0,0	20	87,0	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	51	2,4	51	100,0	1	2,0	0	0,0	6	11,8	32	62,7	0	0,0	12	23,5	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	3	0,4	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Niedersachsen	NI	49	1,8	45	91,8	7	15,6	0	0,0	0	0,0	27	60,0	0	0,0	11	24,4	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	132	1,9	29	22,0	1	3,4	0	0,0	2	6,9	18	62,1	0	0,0	5	17,2	1	3,4	2	6,9
Rheinland-Pfalz	RP	39	2,4	25	64,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	92,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,0
Schleswig-Holstein	SH	8	0,9	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	4	1,1	4	100,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	21	1,4	16	76,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	87,5	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	6,3
Sachsen-Anhalt	ST	8	0,8	6	75,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	66,7

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffällig-keiten *		angeforderte Stellung-nahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	TH	7	0,8	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	16	3,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	62,5	1	6,3	3	18,8	0	0,0	2	12,5
Gesamt		**487**	**1,6**	**318**	**65,3**	**22**	**6,9**	**0**	**0,0**	**9**	**2,8**	**225**	**70,8**	**6**	**1,9**	**42**	**13,2**	**1**	**0,3**	**13**	**4,1**

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

5.2.1 Maßnahmen pro AK

Tabelle 13: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018

Auswertungs-modul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850098	1.091	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850165	917	14	1,5	0	0,0	2	14,3	12	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1
09n3-HSM-REV	850167	897	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850194	769	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850195	694	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850198	618	2	0,3	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850086	644	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850100	1.097	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850094	849	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850082	705	4	0,6	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	577	5	0,9	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850352	1.185	8	0,7	0	0,0	3	37,5	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HEP	850273	1.260	3	0,2	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850275	1.260	3	0,2	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850277	1.121	13	1,2	0	0,0	6	46,2	7	53,8	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	7,7
KEP	850345	1.092	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850347	985	11	1,1	0	0,0	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850349	1.105	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850096	1.734	22	1,3	1	4,5	4	18,2	17	77,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	851808	1.916	17	0,9	0	0,0	11	64,7	6	35,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850102	1.421	13	0,9	0	0,0	1	7,7	12	92,3	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850290	92	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850292	75	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850254	99	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850240	21	2	9,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	850250	62	2	3,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850252	62	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850246	14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850244	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850242	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NLS	850248	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850256	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**22.468** [A]	**131**	**0,6**	**2**	**1,5**	**38**	**29,0**	**91**	**69,5**	**0**	**0,0**	**2**	**1,5**	**0**	**0,0**	**2**	**1,5**

[A] Die Gesamtanzahl entspricht nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann, sondern den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.2.2 Bewertungen nach SD pro AK

Tabelle 14: Bewertungen nach dem Strukturiertem Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850098	2	0,2	2	100,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850165	14	1,5	12	85,7	0	0,0	0	0,0	11	91,7	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850167	1	0,1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850194	3	0,4	3	100,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850195	2	0,3	2	100,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850198	2	0,3	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850086	1	0,2	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850094	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850082	4	0,6	3	75,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	5	0,9	4	80,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850352	8	0,7	5	62,5	0	0,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850273	3	0,2	2	66,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850275	3	0,2	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HEP	850277	13	1,2	7	53,8	0	0,0	0	0,0	4	57,1	1	14,3	1	14,3	0	0,0	1	14,3
KEP	850345	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850347	11	1,1	5	45,5	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850349	1	0,1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850096	22	1,3	17	77,3	0	0,0	0	0,0	13	76,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	23,5
DEK	851808	17	0,9	6	35,3	0	0,0	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850102	13	0,9	12	92,3	1	8,3	0	0,0	6	50,0	0	0,0	3	25,0	0	0,0	2	16,7
HCH-AORT-KATH	850290	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850292	1	1,3	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850254	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850240	2	9,5	2	100,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	850250	2	3,2	2	100,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850252	1	1,6	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
LUTX	850246	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850244	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850242	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850248	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PNTX-D	850256	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**131**	**0,6**	**91**	**69,5**	**4**	**4,4**	**2**	**2,2**	**61**	**67,0**	**5**	**5,5**	**11**	**12,1**	**0**	**0,0**	**8**	**8,8**

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.2.3 Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 15: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffällig-keiten *		keine Maß-nahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	3.608	19	0,5	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	723	4	0,6	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	687	6	0,9	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	2.363	17	0,7	0	0,0	2	11,8	15	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	161	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	1.627	10	0,6	0	0,0	3	30,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	419	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	513	4	0,8	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	1.994	9	0,5	1	11,1	2	22,2	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	5.082	37	0,7	0	0,0	27	73,0	10	27,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7
Rheinland-Pfalz	RP	1.254	3	0,2	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	700	4	0,6	1	25,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	283	2	0,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	1.135	7	0,6	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	14,3
Sachsen-Anhalt	ST	723	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffällig-keiten *		keine Maß-nahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	TH	665	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	531	6	1,1	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**22.468** [A]	**131**	**0,6**	**2**	**1,5**	**38**	**29,0**	**91**	**69,5**	**0**	**0,0**	**2**	**1,5**	**0**	**0,0**	**2**	**1,5**

[A] Die Gesamtanzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.2.4 Bewertungen nach SD pro Bundesland

Tabelle 16: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018

		rechnerische Auffällig-keiten *		angeforderte Stellung-nahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
Bundesland und Kürzel		**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	BA	19	0,5	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	84,2	2	10,5	0	0,0	0	0,0	1	5,3
Brandenburg	BB	4	0,6	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	6	0,9	6	100,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	83,3	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	17	0,7	15	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	93,3	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	10	0,6	7	70,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	2	28,6	0	0,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	4	0,8	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0
Niedersachsen	NI	9	0,5	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	37	0,7	10	27,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0
Rheinland-Pfalz	RP	3	0,2	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	4	0,6	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	2	0,7	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	7	0,6	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffällig-keiten *		angeforderte Stellung-nahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sachsen-Anhalt	ST	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	3	0,5	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	6	1,1	6	100,0	2	33,3	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7
Gesamt		**131**	**0,6**	**91**	**69,5**	**4**	**4,4**	**0**	**0,0**	**2**	**2,2**	**61**	**67,0**	**5**	**5,5**	**11**	**12,1**	**0**	**0,0**	**8**	**8,8**

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz

5.3.1 Maßnahmen pro AK

Tabelle 17: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten *		keine Maß-nahmen **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850217	1.091	9	0,8	0	0,0	5	55,6	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850218	917	1	0,1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850219	897	4	0,4	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850220	769	5	0,7	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850221	694	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850222	618	6	1,0	0	0,0	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850223	644	7	1,1	0	0,0	2	28,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850225	1.097	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850227	849	7	0,8	0	0,0	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850226	705	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850208	577	31	5,4	0	0,0	9	29,0	22	71,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,5
17n1-HÜFT-FRAK	850368	1.185	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850369	1.260	4	0,3	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten *		keine Maß-nahmen **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KEP	850370	1.105	8	0,7	0	0,0	1	12,5	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	1.734	3	0,2	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850229	1.421	18	1,3	0	0,0	5	27,8	13	72,2	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	5,6
HCH-D	850281	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**15.663** [A]	**108**	**0,7**	**0**	**0,0**	**38**	**35,2**	**70**	**64,8**	**0**	**0,0**	**1**	**0,9**	**0**	**0,0**	**4**	**3,7**

[A] Die Gesamtanzahl entspricht nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann, sondern den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.3.2 Bewertungen nach SD pro AK

Tabelle 18: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850217	9	0,8	4	44,4	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
09n2-HSM-AGGW	850218	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850219	4	0,4	2	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850220	5	0,7	2	40,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850221	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850222	6	1,0	2	33,3	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850223	7	1,1	5	71,4	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850225	2	0,2	2	100,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850227	7	0,8	3	42,9	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850226	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850208	31	5,4	22	71,0	13	59,1	2	9,1	6	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5
17n1-HÜFT-FRAK	850368	3	0,3	3	100,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850369	4	0,3	2	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850370	8	0,7	7	87,5	5	71,4	1	14,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	3	0,2	3	100,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3

Auswertungs-modul	AK-ID	rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PNEU	850229	18	1,3	13	72,2	7	53,8	0	0,0	5	38,5	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
HCH-D	850281	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**108**	**0,7**	**70**	**64,8**	**41**	**58,6**	**5**	**7,1**	**17**	**24,3**	**1**	**1,4**	**2**	**2,9**	**1**	**1,4**	**3**	**4,3**

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.3.3 Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 19: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffällig-keiten *		keine Maß-nahmen **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	2.540	12	0,5	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	529	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	487	4	0,8	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	1.643	14	0,9	0	0,0	6	42,9	8	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	112	2	1,8	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	1.137	6	0,5	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	294	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	377	4	1,1	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	1.413	9	0,6	0	0,0	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1
Nordrhein-Westfalen	NW	3.635	31	0,9	0	0,0	21	67,7	10	32,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,5
Rheinland-Pfalz	RP	872	7	0,8	0	0,0	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	491	6	1,2	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	199	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	831	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Sachsen-Anhalt	ST	527	5	0,9	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffällig-keiten *		keine Maß-nahmen **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	TH	476	3	0,6	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**15.663** [A]	**108**	**0,7**	**0**	**0,0**	**38**	**35,2**	**70**	**64,8**	**0**	**0,0**	**1**	**0,9**	**0**	**0,0**	**4**	**3,7**

[A] Die Gesamtanzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.3.4 Bewertungen nach SD pro Bundesland

Tabelle 20: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018

		rechnerische Auffällig-keiten *		angeforderte Stellung-nahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
Bundesland und Kürzel		**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	BA	12	0,5	12	100,0	10	83,3	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	2	0,4	2	100,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	4	0,8	4	100,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	14	0,9	8	57,1	4	50,0	0	0,0	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	2	1,8	2	100,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Hessen	HE	6	0,5	6	100,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	4	1,1	4	100,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	9	0,6	8	88,9	7	87,5	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	31	0,9	10	32,3	3	30,0	0	0,0	1	10,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	2	20,0
Rheinland-Pfalz	RP	7	0,8	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	6	1,2	6	100,0	5	83,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	3	0,4	3	100,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffällig-keiten *		angeforderte Stellung-nahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sachsen-Anhalt	ST	5	0,9	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	3	0,6	2	66,7	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	0	0,0	0	0,0	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		**108**	**0,7**	**70**	**64,8**	**41**	**58,6**	**0**	**0,0**	**5**	**7,1**	**17**	**24,3**	**1**	**1,4**	**2**	**2,9**	**1**	**1,4**	**3**	**4,3**

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.4 Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate im Follow-up

Da sich die Dokumentationsraten im Follow-up lediglich auf die direkten Verfahren beziehen und damit Verfahren der Institution nach § 137 SGB V sind, gibt es keine Auswertungen nach Bundesland.

5.4.1 Maßnahmen pro AK

Tabelle 21: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-up zum EJ 2018

							Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
		Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffällig-keiten*		keine Maß-nahme **		Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein-barung	
Auswertungsmodul	AK-ID		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HTXM-TX	850257	20	4	20,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850258	22	3	13,6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850259	21	2	9,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850266	13	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850267	16	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850268	15	2	13,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850263	22	9	40,9	0	0,0	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850264	21	4	19,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850265	24	10	41,7	0	0,0	2	20,0	8	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850260	10	2	20,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850261	10	3	30,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl datenliefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		keine Maßnahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LLS	850262	11	2	18,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850269	38	23	60,5	0	0,0	15	65,2	8	34,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850270	38	12	31,6	0	0,0	9	75,0	3	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850271	38	13	34,2	0	0,0	9	69,2	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850278	39	16	41,0	0	0,0	4	25,0	12	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850279	40	9	22,5	0	0,0	3	33,3	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850280	38	10	26,3	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt (Institution nach § 137 SGB V)		**436** [A]	**125**	**28,7**	**0**	**0,0**	**51**	**40,8**	**74**	**59,2**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

[A] Die Gesamtanzahl entspricht nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann, sondern den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Hinweis: Es gibt keine Spalte zu „keine Maßnahmen“, weil bei den direkten Verfahren immer Maßnahmen getroffen werden.

5.4.2 Bewertungen nach SD pro AK

Tabelle 22: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-up zum EJ 2018

		rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
Auswertungsmodul	**AK-ID**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
HTXM-TX	850257	4	20,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
HTXM-TX	850258	3	13,6	3	100,0	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
HTXM-TX	850259	2	9,5	2	100,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
LUTX	850266	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850267	1	6,3	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850268	2	13,3	2	100,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850263	9	40,9	8	88,9	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850264	4	19,0	3	75,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850265	10	41,7	8	80,0	0	0,0	2	25,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850260	2	20,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850261	3	30,0	2	66,7	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850262	2	18,2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850269	23	60,5	8	34,8	0	0,0	0	0,0	7	87,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
NLS	850270	12	31,6	3	25,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850271	13	34,2	4	30,8	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

		rechnerische Auffällig-keiten*		angeforderte Stellung-nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
Auswertungsmodul	**AK-ID**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
PNTX-D	850278	16	41,0	12	75,0	0	0,0	0	0,0	11	91,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850279	9	22,5	6	66,7	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850280	10	26,3	6	60,0	0	0,0	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt (Institution nach § 137 SGB V)		**125**	**28,7**	**74**	**59,2**	**0**	**0,0**	**13**	**17,6**	**56**	**75,7**	**1**	**1,4**	**1**	**1,4**	**0**	**0,0**	**3**	**4,1**

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.