

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG zur Erarbeitung eines Konzepts zur Gestaltung von Rückmeldeberichten gemäß Teil 1 § 18 DeQS-RL

Vom 18. August 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. August 2022 beschlossen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen seiner Aufgaben nach § 137a Absatz 3 SGB V wie folgt zu beauftragen:

I. Auftragsgegenstand

1. Das IQTIG wird beauftragt, ein Konzept zur Gestaltung von Rückmeldeberichten gemäß Teil 1 § 18 und Teil 2 § 10 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) zu erstellen [*Auftragstyp entsprechend einer halben Produktkategorie B3*]. Für das Konzept der Rückmeldeberichte für die DeQS-RL sind die Anmerkungen der LAGen zu I. bis III. vom 8. März 2022 sowie die Änderungs- und Ergänzungsvorschläge zur 2. Version der Dummy-Berichte der LAG vom 23. Juni 2022 zu den vom IQTIG zur Verfügung gestellten Dummy-Rückmeldeberichten (**Anlage**) sowie folgende Fragestellungen zu bearbeiten und Empfehlungen abzugeben:

a. Überarbeitung des Aufbaus der Rückmeldeberichte:

I. 1. Teil: Kurzformat

II. 2. Teil: Ausführlicher Bericht

III. Anhang A: Liste der auffälligen Fälle pro Indikator

IV. Anhang B: Risikoprofil, Erläuterung

Die jeweiligen Inhalte der Kapitel sollen modular (auch gegliedert nach Datenquellen und spezifisch für die jeweiligen Verfahren) aufgebaut werden, so dass nur die im jeweiligen QS-Verfahren relevanten Inhalte und Erläuterungen dargestellt und Begrifflichkeiten erklärt werden können.

b. Entwicklung eines einheitlichen Aufbaus und einheitlicher Strukturen für den Inhalt von Rückmeldeberichten, wobei indikatoren-, kennzahlen- und verfahrensspezifische Unterschiede zu berücksichtigen sind:

Zu I. Für die Darstellung im jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren und für die Qualitätsindikatoren im Kurzformat (**1. Teil**) sind insbesondere folgende Inhalte zu prüfen und ggf. anzupassen:

- kurze Erläuterung der Ergebnisübersicht
- tabellarische Kurzübersicht, welche die Ergebnisse (Zähler/Nenner) mit absoluten und prozentualen Werten, mit Angabe des Referenzbereichs, die Ergebnistrends

mit Erläuterung der Tendenz, die Zielerreichung, das Vorjahresergebnis und ggf., falls möglich, bei sektorenübergreifenden Verfahren die Darstellungen der „eigenen“ Ergebnisse im Vergleich mit der jeweiligen Leistungserbringergruppe abbildet. Ebenso sollen Querverweise und Seitenzahlen (ggf. per Sprungbefehl im Online-Dokument) zu den jeweiligen Detailergebnissen eingefügt werden. Bei risikoadjustierten Indikatorergebnissen (O/E) sind neben dem Zähler und Nenner auch die jeweiligen Grundgesamtheiten mit anzugeben. Die zur Veröffentlichung vorgesehenen Indikatoren sollen grafisch hervorgehoben werden. Es ist zu beachten, dass die Tabelle keine statistischen Werte wie Konfidenzintervalle oder Vertrauensbereiche enthält. Ausführliche statistische Auswertungen erfolgen nur in den Detailergebnissen.

- kurzes Risikoprofil mit Übersicht zu Alter und Geschlecht der eigenen Patientenpopulation. Bei Verfahren, die klar differenzierbare Eingriffe enthalten, sollen die entsprechenden Fallzahlen abgebildet werden. Zusätzlich soll ein Verweis auf das ausführliche Risikoprofil im Anhang enthalten sein.
- kurze Tabelle der eigenen Datenbasis aus der fallbezogenen Dokumentation (Soll/Ist) als graphische Darstellung mit Zielerreichung.

Zu II. Für die Darstellung im jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren und für die Qualitätsindikatoren im ausführlichen Bericht (**2. Teil**) sind insbesondere folgende Inhalte zu prüfen und ggf. anzupassen:

- Einführung mit Ablaufschema der Bewertung von Auffälligkeiten sowie Erklärungen der wichtigsten Begrifflichkeiten mit Verweis auf die Leseanleitung. Hierbei soll die leistungserbringerspezifische Ansprache (direkte Ansprache) beachtet werden. Auch die zeitliche Verzögerung der Berichterstattung (z. B. bei Follow-up Indikatoren mit langen Datenlieferfristen) soll erklärt werden.
- Ausführliche Datenbasis mit Angabe der Vollzähligkeit aller Leistungserbringergruppen (bzw. je Sektor) nach jeweiligem Bundesland und Gesamt (Bund). Bei Follow-Up-Indikatoren ist die Verknüpfungsrates mit anzugeben. Die Vollzähligkeit der Follow-Up-Indikatoren soll bezogen auf das Indexjahr ausgewiesen werden. Bei risikoadjustierten Indikatoren sollen das Modell und die Faktoren verständlich erläutert werden. Bei Daten aus Patientenbefragungen ergänzt durch die Darstellung der Rücklaufquote und der Stichprobengröße (ebenfalls der eigenen Ergebnisse im Vergleich mit den Ergebnissen des Bundeslands und Gesamt (Bund)). Darüber hinaus ausführliche Datenbasis mit Angabe der Daten zur Vollständigkeit und Plausibilität (ggf. Ergebnisse aus der Datenvalidierung) und der Darstellung des Ergebnistrends und der Zielerreichung.
- Ausführliche Erläuterung der einzelnen Indikatoren bzw. Kennzahlen sowie ein Verweis auf Erläuterung zu statistischen Begrifflichkeiten im Anhang. Bei der Verwendung von perzentilbasierten Referenzbereichen sollen die entsprechenden Verteilungskurven pro Indikator mit abgebildet werden. Die Ergebnisse zu unterschiedlichen Datenquellen sollen in eigenen, getrennten Abschnitten behandelt werden (fallbezogene Daten, einrichtungsbezogene Daten, Daten aus Patientenbefragungen, Sozialdaten, Registerdaten). Zusätzliche

Darstellung der Ergebnisse aus dem jeweiligen Bundesland und Gesamt (Bund). Bei den Ergebnissen der einzelnen Qualitätsindikatoren sollen die spezifischen Risikoprofile, Einzelergebnisse und bei Follow-Up-Indikatoren weitere Zusatzinformationen (Art der eingetretenen Komplikation, Angabe ob, die Komplikation vom selben der anderen Leistungserbringer behandelt wurde) dargestellt werden, da diese Angaben für ein mögliches Stellungnahmeverfahren relevant wären. Es sollen nur Werte dargestellt werden, die relevant und gemäß DeQS-RL vorgegeben sind. Gemäß Regelung in der DeQS-RL sollen z. B. nur rechnerische Auffälligkeiten und keine statistischen Signifikanzen berechnet werden (Richtlinientreue).

- Auf Bundesebene, auf Landesebene und je Leistungserbringergruppe aggregierte Darstellung der Ergebnisse und deren Veränderung über die Zeit pro Indikator.

Zu III. Für die Darstellung im jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren und für die Qualitätsindikatoren im **Anhang A** sind insbesondere folgende Inhalte zu prüfen und ggf. anzupassen:

- Auflistung der rechnerisch auffälligen Fälle mit Vorgangsnummern, ID, und ATR sowie ein Verweis auf eine ggf. mitgelieferte csv-Tabelle.

Zu IV. Für die Darstellung im jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren und für die Qualitätsindikatoren im **Anhang B** sind insbesondere folgende Inhalte zu prüfen und ggf. anzupassen:

- ausführliches Risikoprofil bzw. Basisauswertung (inklusive weiterer relevanter Informationen wie bspw. die Anzahl an Verbringungsleistungen),
- Darstellung bestimmter Parameter wie bspw. führende Indikation, Haupt- und Nebendiagnosen, Komplikationen oder Tod,
- Link zu den zugrundeliegenden prospektiven oder wenn vorhanden endgültigen Rechenregeln,
- Glossar mit Erläuterung zu statistischen Begrifflichkeiten (Definition von Begrifflichkeiten wie MDS, perzentilbasierter Referenzbereich, Vertrauensbereich, O/N, O/E und E/N) und
- Abkürzungsverzeichnis.

c. Überarbeitung der Darstellungen und Grafiken der Rückmeldeberichte:

- Spalte mit den eigenen Ergebnissen des Leistungserbringers gestalterisch hervorheben,
- keine Tabellen ohne Dateninhalt,
- tabellarische und graphischen Darstellungen des eigenen Ergebnisses mit den Indikatorergebnissen im Leistungserbringervergleich (Referenzbereich sichtbar abgebildet, aussagekräftige Legenden),
- Angabe der Qualitätsindikatoren und der QI-ID in der Kopfzeile zur Orientierung in den Detailergebnissen,

- grafische Darstellung der Ergebnisse von Kennzahlen und
- Kurzerläuterung und Interpretationshilfe bei allen grafischen Darstellungen.

Anhand einer geeigneten, soweit möglich repräsentativen Stichprobe soll im Rahmen der Prüfung und Überarbeitung das Format der Rückmeldeberichte mit Leistungserbringern und Landesarbeitsgemeinschaften durch qualitative Testung auf die Verständlichkeit und Lesbarkeit hin geprüft werden.

Bei der Bearbeitung des Auftrags sind die genannten Inhalte und insbesondere die Darstellungen auch für die Überarbeitung der Bundesauswertung zu prüfen und dort entsprechend anzupassen.

II. Hintergrund der Beauftragung

Mit dieser Beauftragung wird eine Weiterentwicklung der Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer sichergestellt, die im Regelbetrieb bzw. im Rahmen der Verfahrenspflege durch das IQTIG nicht abgedeckt ist. Ziel ist es, die Inhalte der Rückmeldeberichte sowohl anwenderfreundlicher zu gestalten als auch eine größere Ausrichtung auf den Qualitätsförderungszweck zu erreichen.

III. Weitere Verpflichtungen

Mit dem Auftrag wird das IQTIG verpflichtet,

- a. die durch die Geschäftsordnung des G-BA bestimmte Vertraulichkeit der Beratungen und Beratungsunterlagen zu beachten,
- b. die Verfahrensordnung des G-BA zu beachten,
- c. die Unterlagen zur Gestaltung der Rückmeldeberichte gemäß der Beratung der AG DeQS vom 23. März und 9. November 2021 einzubeziehen,
- d. einen Zwischenstand mündlich präsentationsgestützt über den Stand der Bearbeitung zu berichten und
- e. den Gremien des G-BA für Rückfragen und Erläuterungen auch während der Bearbeitung des Auftrages zur Verfügung zu stehen.

Über die Auftragsleistung ist ein Bericht zu erstellen und bei Abschluss dem G-BA vorzulegen.

Werden Teile der o.a. Vorschläge im Konzept zur Gestaltung von Rückmeldeberichten gemäß Teil 1 § 18 und Teil 2 § 10 DeQS-RL nicht umgesetzt, so ist dies durch das IQTIG im Bericht zu erläutern und zu begründen.

Das IQTIG garantiert, dass alle von ihm im Rahmen dieser Beauftragungen zu erbringenden Leistungen und Entwicklungen frei von Rechten Dritter und für den G-BA ohne jede rechtliche Beschränkung nutzbar sind. Das IQTIG stellt den G-BA insoweit von sämtlichen Ansprüchen Dritter frei.

IV. Abgabetermin

Der Abschlussbericht ist bis zum 31. August 2023 vorzulegen [*Beginn der Auftragsbearbeitung 1. September 2022*].

Berlin, den 18. August 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Vorbemerkung:

- Die Anmerkungen beziehen sich inhaltlich auf die vom IQTIG am 7. Januar 2022 zur Verfügung gestellten Dummy-Rückmeldeberichte.
- Die Gliederung der Anmerkungen orientiert sich am Inhaltsverzeichnis dieser Berichte.

I. Grundsätzliche Anmerkungen zu den Dummy-Auswertungen**1. Redaktionelle Änderungsvorschläge**

- Die generelle Bitte um eindeutige und einheitliche Benennung der Dateien (ERG, LEAW, AV, IS-L-AV, IS-L-ERG). Dies gilt insbesondere für Verfahren mit vielen Teilbereichen, z. B. HSMDEF oder KHCHK.
- Jährliche Änderungen in den Dateibezeichnungen sind zu vermeiden
- Graue Schraffierungen in allen tabellarischen Darstellungen lassen offen, welche Bedeutung diese haben (ohne inhaltliche Aussagekraft sind sie für den Leser missverständlich und können weggelassen werden)
- Leseanleitung und Abkürzungsverzeichnis fehlen

2. Inhaltliche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

- Die Bundeslandergebnisse (des jeweils betroffenen Bundeslandes) sollten überall zusätzlich neben den Leistungserbringer (LE)- und den Bundesergebnissen ergänzt werden, um Vergleiche auf Landesebene zu ermöglichen.

II. Anmerkungen im Detail:**„Ergebnisübersicht“: Tabelle: „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021“****1. Redaktionelle Änderungsvorschläge**

- Es ist hilfreich, die QI-ID (1. Spalte) zu verlinken, so dass man mit einem „Klick“ auf die QI-ID zur jeweiligen Detailansicht gelangt.
- Seitenzahlen zu den Detailansichten der Indikatoren fehlen in der Ergebnisübersicht.
- Verweis in der tabellarischen Übersicht der QI-Ergebnisse auf die Seitenzahl der jeweiligen Detaildarstellung.
- Information, ob ein Ergebnis signifikant außerhalb des Referenzbereichs liegt (z.B. farblich/grafisch).
- Im Qualitätsbericht zu veröffentlichende Indikatoren/Kennzahlen farblich/grafisch kennzeichnen.
- Nicht nur der Zusatz, was die jeweilige Richtung der Tendenzpfeile bedeutet ist zum Verständnis erforderlich, sondern auch Erläuterungen zur inhaltlichen Definition der Tendenz in der Legende.

2. Inhaltliche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

- In der Spalte „Ergebnis“ (4. Spalte) auch den jeweiligen Zähler ausweisen und nicht nur den Nenner aufführen.
- Das Ergebnis des Vorjahres mit aufnehmen.
- Bei den risikoadjustiert berechneten Indikatoren (O/E) neben Zähler und Nenner auch das „O“ („observed“) darstellen.
- Im Bundesergebnis neben dem prozentualen Wert auch Zähler und Nenner mit aufnehmen.
- Vertrauensbereiche Bund können entfallen.

"Einleitung" und "Datengrundlage"**1. Redaktionelle Änderungsvorschläge**

- Die Inhalte zu „Einleitung“ sowie zur „Datengrundlage“ an den Anfang des jeweiligen Berichtes stellen (vor die „Ergebnisübersicht“).

- In den Tabellen im Abschnitt „Datengrundlage“ („Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten“ sowie „Verknüpfungsraten mit Sozialdaten“) lässt eine fehlende deutliche optische Trennung zwischen LE-bezogenen Daten („Ihre Daten“) und bundesbezogenen Daten offen, ob sich die Zeilenangaben zum Ergebnis Bund (gesamt) aufaddieren. Des Weiteren bleibt unklar, ob die Teilgruppen (z. B. KH, VÄ) Untergruppen von „Ihre Daten“ darstellen sollen (was nicht der Fall ist).

2. Inhaltliche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

- Trennung in IKNR und Standort nur für 2021 relevant - ab 2022 nur noch standortbezogen.
- Verknüpfungsraten mit Sozialdaten auch für das jeweilige Bundesland darstellen.

"Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen" (allgemeine Vorschläge)

1. Redaktionelle Änderungsvorschläge

- Kurze/n Hintergrund/Inhaltliche Erläuterung zu dem jeweiligen QI mit aufnehmen.
- Bei der Darstellung der Detailergebnisse aller Indikatoren zur besseren Übersicht jeweils in der Kopfzeile die jeweilige QI-ID ergänzen (Detaildarstellung erstreckt sich meist über mehrere Seiten).
- Die Zeile "ID" (unter „Qualitätsziel“) ist redundant, da die QI-ID bereits in der Bezeichnung des jeweiligen Indikators genannt wird.
- Reihenfolge der Ergebnisdarstellung ändern:
 1. Tabelle mit Ergebnis und Vorjahreswerten
 2. Grafik „Ergebnisse im Zeitverlauf“
 3. Grafik „Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen“

2. Inhaltliche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

- Im Interesse der LE sollte an geeigneter Stelle eine knappe Auflistung der auffälligen Vorgangsnummern für den jeweiligen QI in der Detailübersicht und ein zusätzlicher Verweis auf die mitgelieferte csv-Tabelle erfolgen.

"Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen" (Grafik „Ergebnisse im Zeitverlauf“)

1. Redaktionelle Änderungsvorschläge

- In der Legende erwähnen, dass im grün hinterlegten Bereich alle Ergebnisse, die im Referenzbereich liegen, dargestellt sind.
- Layout:
 - o die übereinanderliegenden Linien sind für die Leser unübersichtlich (Vorschlag: zum Beispiel Bund- und eigenes Ergebnis versetzt nebeneinander darstellen)
 - o Die Nennung des %-Ergebnisses erscheint an unpassender Stelle (am Maximum des Whiskers des Boxplots) und ist zum Teil nicht komplett lesbar (Vorschlag: Nennung des %-Ergebnisses in Höhe des tatsächlichen Ergebnisses nennen).
 - o Bei einem Schwarz-weiß-Ausdruck ist "Ihr Ergebnis" nicht von "Bund" zu unterscheiden
- Bei Sentinel-Event-Indikatoren ist diese Form der grafischen Darstellung nicht angebracht.
- Die Angabe von Vertrauensbereichen um die Vergleichsergebnisse (Bund, Land) sind notwendig.

2. Inhaltliche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

- Ggf. zusätzlich tabellarische Darstellung der (Vorjahres-) Ergebnisse unter Angabe von Zähler, Nenner, Ergebnis LE, Vertrauensbereich, Referenzwert und Bundes-

bzw. Bundeslandesergebnis als Vergleichswert besser als eine grafische Darstellung.

"Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen" (Grafik „Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer“)

1. Redaktionelle Änderungsvorschläge

- Benennung des dargestellten Indikators.
- Streckung der y-Achse zur besseren Lesbarkeit der Grafik (Darstellung über mind. 1/2 Seite), damit auch die Anzahl der Standorte (1 vs. 25 vs. 50 in der Legende) mit Größenunterschieden sichtbar werden.
- Mindestfallzahlen zur besseren Lesbarkeit (z.B. 20 Fälle).
- Bei Sentinel-Event Indikatoren ist diese Form der grafischen Darstellung nicht angebracht.
- Legende:
 - o enthält zwei Mal "Ihr Ergebnis" (einmal als weißer Punkt, einmal als blauer Punkt mit zwei Balken)
 - o Erläuterung "Referenzbereich" rechts abgeschnitten
 - o enthält Symbole für rechnerische und statistische Auffälligkeiten, obwohl diese inhaltlich in den Grafiken bisher nicht ausgewiesen sind.

2. Inhaltliche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

- bei O/E-Indikatoren sollte "1" als Linie sichtbar sein.
- Ergänzend: Eingrenzung der Punkte auf das eigene Bundesland.
- Grafische Darstellung sollte sich nach der Art des Indikators und an der Berechnung der Auffälligkeit richten (s.o. Sentinel Event Indikatoren sind keine ratenbasierten Indikatoren und sollten anders grafisch dargestellt werden).

"Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen" (Tabelle „Detailergebnisse“)

1. Redaktionelle Änderungsvorschläge

- Die Abkürzungen der LE-Gruppen (zum Beispiel bei PCI) ggf. nicht für jeden Leser intuitiv verständlich, deshalb besser Abkürzungen in einer Legende erläutern (s.o.).
- Enthält eine Spaltenüberschrift eine Einheit (z.B. %) muss diese nicht in jeder der nachfolgenden (Ergebnis-) Zeilen wiederholt werden - siehe beispielsweise Spalte „Ergebnis“ und „Vertrauensbereich“.
- Angabe zum Erfassungsjahr einmal am Anfang jeder Zeile als separate Spalte ausreichend, um Wiederholungen in jeder Spalte zu verhindern
- In der 3. Spalte statt O/N besser Z/N darstellen.

2. Inhaltliche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

- Der Verlauf des Vertrauensbereichs ist verzichtbar
- Den Verlauf des Referenzbereichs abbilden.

"Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen" (Tabelle „Details zu den Ergebnissen“)

1. Redaktionelle Änderungsvorschläge

2. Inhaltliche Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

- Bei kombinierten Zählerfunktionen (z.B. A=1 & B=1 ...; Bsp.: Karotis: schwere Schlaganfälle und Todesfälle) sollten in den Details immer die Einzelitems (A, B,..., Bsp.: differenziert nach schwere Schlaganfälle und Todesfälle) ausgewiesen werden.

III. Anmerkungen zu Follow-up Indikatoren

"Einleitung" und "Datengrundlage"

- Vollzähligkeit bei FU-Indikatoren bezogen auf das Indexjahr ausweisen (somit sind ggf. mehrere Erfassungsjahre darzustellen)

"Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen"

- Bei sozialdatenbasierten QIs bzw. Follow-up-Indikatoren Zusatzinformationen mitaufnehmen, die für das Stellungnahmeverfahren unerlässlich sind, z. B. Art der eingetretenen Komplikationen (peri- oder postprozedural), ggf. die Angabe ob die Komplikation vom selben oder einem anderen LE (ambulant oder stationär) behandelt wurde.
- Zeiträume der verwendeten Datenquellen für die Follow-up Indikatoren korrigieren/überprüfen.

IV. Anmerkungen zu Auffälligkeitskriterien

Die Dummy-Auswertungen enthalten keine Darstellung von Auffälligkeitskriterien und können daher nicht beurteilt werden. Insbesondere, da es sich um Indikatoren der Dokumentationsqualität handelt, ist eine unterjährige Berechnung und Rückmeldung an die LE dringend notwendig, damit LE auch systematische Dokumentationsfehler rechtzeitig erkennen und beheben können. Bezüglich des Beschlusdatums der Auffälligkeitskriterien müsste hierfür eine Anpassung der DeQS-Richtlinie erfolgen.

V. Vorschlag

Für die Geschäftsstellen der LAGen und ihre Arbeit mit den Fachgremien ist eine vergleichende Darstellung der Bundeslandergebnisse sinnvoll (Beispiel: Qualitätsreport 2020 zum Erfassungsjahr 2019 IQTIG, S. 173: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung und Hüftendoprothesenversorgung „Indikatoren zur präoperativen Verweildauer (IDs 54030 und 54003)“ Abbildung 1 und 2). So wäre ein bundeslandübergreifender Vergleich, gerade auch im Zeitverlauf, möglich.

Verfahrens- und fachspezifische Änderungs- und Ergänzungsvorschläge zur 2. Version (22.03.2022) der Dummy-Berichte

Geschäftsstellen der LAG

Bayern

Baden-Württemberg

Hessen

Mecklenburg-Vorpommern

Rheinland-Pfalz

Saarland

Anmerkungen allgemein

Betrifft	Anmerkung
Auffälligkeitskriterien (AK)	Einleitende Erläuterung am Anfang des Kapitels zu den AKs (in Abgrenzung zu den QIs)
	Reihenfolge: zuerst Vollzähligkeits-AKs, dann andere AKs
Detailergebnisse zu allen Qis	Tabelle zur Beschreibung des QI: "Qualitätsziel" und Beschreibung des Zieles wirken wie Überschrift zu den folgenden Zeilen (graue Markierung entfernen?)

Anmerkungen QS PM GEB

Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Anmerkungen
50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	Zusätzlich: AB -Rate bei primärer / sekundärer Sektio
52249: Kaiserschnittgeburt	Details: 3.1.1 Prim. Sectio / 3.1.2. Sek .Sectio - in Zukunft auch 2a/2b bzw 4a/b (Differenzierung mit und ohne Einleitung) - Zusätzlich Verteilung der Sectio's bezogen auf alle Sectios (Spalten %)
1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Details zur Grundgesamtheit: <10Min, 10-<=20Min, >20-<=30Min, >30Min. Detail zur GG aus Basisauswertung übernehmen
51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	Details zu den Ebenen! (Verstorbene, 5-min APGAR<5, BE<-16 und pH <7,0)
181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	Details: 8.1.2 davon vag. Operative Einlingsgeburten 8.1.2.1 DR Grad IV...
182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	Details zum Zähler: Darstellung der Fälle pro QFR-RL-Kriterium (Tragzeit, Geburtsgewicht, Mehrlingsstatus..)
182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	Details zum Zähler: Darstellung der Fälle pro QFR-RL-Kriterium (Tragzeit, Geburtsgewicht, Mehrlingsstatus..)
182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	Details zum Zähler: Darstellung der Fälle pro QFR-RL-Kriterium (Tragzeit, Geburtsgewicht, Mehrlingsstatus..)
Basisauswertung	Die Basisauswertung sollte grundsätzlich überarbeitet werden. Notwendig ist primär eine Deskriptive Auswertung <u>aller</u> Felder ohne Stratifizierungen (z.B. nach <1500gr, Geburtsmodus ...). Die Basisauswertung zum Sectiomanagement sollte im Kontext zu der Robson-Klassifikation durchgeführt werden
Informationen zur jetzigen Schwangerschaft	BMI-Unterteilung entspricht nicht WHO (18,5- 25 = Normalgewicht) / Wird bei den Untersuchungshäufigkeiten die Tragzeit berücksichtigt?
Informationen zur Entbindung	Sectiomanagement zu Detailliert - besser über Robson-Score
Befunde und Risiken	Geburtsrisiken fehlen ! (Nur Bei Notsectio dargestellt)
Informationen zum Kind	Einteilung BE-Gruppen nicht optimal (Im QI ist -16 pathologisch), BGA-Anaylsen zu detailliert, Kindliche Morbididität zu knapp
Informationen zur Mutter	

Anmerkungen QS PM NEO

Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Anmerkungen
51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	Details zur Sterblichkeit: Rohe Sterblichkeitsraten unterteilt in Gruppen nach denen Risikoadjustiert wird (TZ; GG, Felhbildung..)
	Darstellung der einzelnen VLBW-Komplikationen in einer Matrix bezogen auf Geburtsgewicht (Beispiel 1) und auf Tragzeit (Beispiel 2)
51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	Details: Reihenfolge ändern: Qualitätsindex zu Beginn, dann die zugehörigen Kennzahlen darstellen
50060: Nosokomiale Infektion	Details zu den Zählern: Differenzierung Sepsis und Pneumonie, Rohe Raten unterteilt in Gruppen nach denen Risikoadjustiert wird (TZ, GG..)
50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung	Details -Rohe Raten unterteilt in Gruppen nach denen Risikoadjustiert wird (TZ, GG..)
52262: Zunahme des Kopfumfangs	Details: unterhalb 10Perz, unterhalb15.Perz., unterhalb 20.Perz
50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	Details: Rohe Ergebnisse mit Differenzierung in TZ-Gruppen, Differenzierung der Temperatur <36°, <35°
50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	Details: Rohe Ergebnisse mit Differenzierung in TZ-Gruppen, Differenzierung der Temperatur <36°, <35°
Basisauswertung	Überarbeitung notwendig -Auswertungen zu detailliert
Aufnahme	Zu viele kleinteilige Tabellen die für den LE großteils leer sind, wenig aussagekräftige Prozentangaben
Diagnostik und Therapie	Zu viele kleinteilige Tabellen die für den LE großteils leer sind, wenig aussagekräftige Prozentangaben
Entlassung	Zu viele kleinteilige Tabellen / Ergebnisse könnten zum Teil zu den QIs
	Zu viele kleinteilige Tabellen / Ergebnisse könnten zum Teil zu den QIs

Anmerkungen QS PM NEO Beispiel

Externe stationäre Qualitätssicherung in Hessen

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen

2. Angaben zur frühen Ergebnisqualität von lebend entlassenen oder verlegten Kindern mit GG < 1500 g

2.1 Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht

5-Jahres-Ergebnisse der Entlassungsjahre 2013 - 2017																								
Geburtsgewichtsklasse	Klinik							Hessen																
	< 500 g		500-749 g		750-999 g		1000-1249 g		1250-1499 g		< 1500 g (Summe)		< 1500 g (Summe)											
	n	% ²	n	% ²	n	% ²	n	% ²	n	% ²	n	% ²	n	% ²										
Anzahl der überlebenden Kinder < 1500 g Geburtsgewicht	8	53,33	39	84,78	43	93,48	70	98,59	102	99,03	262	93,24	118	57,00	456	78,62	715	92,02	826	97,29	1187	97,30	3302	90,89
	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³
Anzahl der Kinder mit höhergradigen Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH)																								
Schädelsonographie durchgeführt	8	100,00	39	100,00	43	100,00	70	100,00	102	100,00	262	100,00	113	95,76	434	95,18	697	97,48	811	98,18	1168	98,40	3223	97,61
davon IVH-Grad 3 oder PVH, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert	0	0,00	3	7,69	2	4,65	2	2,86	2	1,96	9	3,44	2	1,69	34	7,46	32	4,48	15	1,82	13	1,10	96	2,91
Anzahl der Kinder mit einer höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP)																								
Untersuchung des Augenhintergrunds durchgeführt	8	100,00	36	92,31	42	97,67	64	91,43	72	70,59	222	84,73	104	88,14	389	85,31	613	85,73	631	76,39	593	49,96	2330	70,56
davon ROP-Grad 3 oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert	2	25,00	7	17,95	0	0,00	0	0,00	0	0,00	9	3,44	32	27,12	70	15,35	25	3,50	1	0,12	1	0,08	129	3,91
Anzahl der Kinder mit einer nekrotisierenden Enterokolitis (NEK)																								
NEK Stadium II nach Bell oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert	2	25,00	2	5,13	2	4,65	5	7,14	4	3,92	15	5,73	16	13,56	36	7,89	25	3,50	18	2,18	12	1,01	107	3,24
Anzahl der Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)																								
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)	5	62,50	13	33,33	1	2,33	0	0,00	1	0,98	20	7,63	57	48,31	145	31,80	67	9,37	18	2,18	12	1,01	299	9,06

¹ Sofern 5-Jahres-Daten verfügbar sind, ansonsten Angaben auf der Grundlage von § 7 Absatz 5 QJFR-RL.

² % Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Kinder < 1500 g.

³ % Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der überlebenden Kinder der jeweiligen Geburtsgewichtsklasse

Anmerkungen QS PM NEO Beispiel

Externe stationäre Qualitätssicherung in Hessen

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen

2. Angaben zur frühen Ergebnisqualität von lebend entlassenen oder verlegten Kindern mit GG < 1500 g

2.2 Aufschlüsselung nach Gestationsalter

5-Jahres-Ergebnisse der Entlassungsjahre 2013 - 2017																																						
Gestationsalterklasse	Klinik						Hessen						Summe	n	% ²																							
	22+0 - 23+6 SSW	24+0 - 25+6 SSW	26+0 - 27+6 SSW	28+0 - 29+6 SSW	≥ 30+0 SSW	Summe	22+0 - 23+6 SSW	24+0 - 25+6 SSW	26+0 - 27+6 SSW	28+0 - 29+6 SSW	≥ 30+0 SSW	Summe				n	% ²																					
	n	% ²	n	% ²	n	% ³	n	% ²	n	% ²	n	% ²				n	% ²	n	% ³																			
Anzahl der überlebenden Kinder < 1500 g Geburtsgewicht	5	45,45	39	81,25	37	97,37	71	98,61	110	98,21	262	93,24	80	42,11	435	80,86	558	91,48	868	97,42	1361	96,94	3302	90,89														
	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³	n	% ³														
Anzahl der Kinder mit höhergradigen Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH)																																						
Schädelsonographie durchgeführt	5	100,00	39	100,00	37	100,00	71	100,00	110	100,00	262	100,00	76	95,00	417	95,86	550	98,57	850	97,93	1330	97,72	3223	97,61														
davon IVH-Grad 3 oder PVH, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert	0	0,00	3	7,69	4	10,81	1	1,41	1	0,91	9	3,44	8	10,00	40	9,20	27	4,84	13	1,50	8	0,59	96	2,91														
Anzahl der Kinder mit einer höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP)																																						
Untersuchung des Augenhintergrunds durchgeführt	5	100,00	35	89,74	35	94,59	69	97,18	78	70,91	222	84,73	72	90,00	368	84,60	483	86,56	727	83,76	680	49,96	2330	70,56														
davon ROP-Grad 3 oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert	2	40,00	7	17,95	0	0,00	0	0,00	0	0,00	9	3,44	22	27,50	82	18,85	18	3,23	5	0,58	2	0,15	129	3,91														
Anzahl der Kinder mit einer nekrotisierenden Enterokolitis (NEK)																																						
NEK Stadium II nach Bell oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert	1	20,00	3	7,69	1	2,70	5	7,04	5	4,55	15	5,73	11	13,75	45	10,34	19	3,41	17	1,96	15	1,10	107	3,24														
Anzahl der Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)																																						
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)	2	40,00	12	30,77	3	8,11	3	4,23	0	0,00	20	7,63	36	45,00	142	32,64	69	12,37	37	4,26	15	1,10	299	9,06														

¹ Sofern 5-Jahres-Daten verfügbar sind, ansonsten Angaben auf der Grundlage von § 7 Absatz 5 QJFR-RL.

² % Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Kinder < 1500 g.

³ % Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der überlebenden Kinder der jeweiligen Gestationsalterklasse.

Anmerkungen QS MC

Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Anmerkungen
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung	Details zu den Ergebnissen: stratifiziert nach Präparatsonografie und -mammografie
50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	Details zu den Ergebnissen: BET bei männlichen Patienten macht keinen Sinn
51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Details zu den Ergebnissen: 8.2: Fehler: in 51370 gehen auffällige Fälle in den Zähler, in 211800 gehen UNAuffällige Fälle in den Zähler. Zusätzlich inhaltliche Benennung der betroffenen Indikatoren an dieser Stelle.
60659: Nachresektionsrate	Details zu den Ergebnissen: 9.1 ist ohne DCIS, 9.1.2 nur DCIS, 9.1.3 ist dann inasives Ca oder DCIS oder beides? 9.1.2 und 9.1.3 sind (keine) Teilmengen von 9.1 9.3: gleicher Fehler wie oben: unauffällige vs auffällige Fälle im Zähler
Basisauswertung	
Befund: Invasive Karzinome (Primärerkrankung)	Warum nicht auch Geschlechtsverteilung? Und im Folgenden "Patientinnen und Patienten"
Befund: DCIS (Primärerkrankung)	
Befund: Invasive Karzinome (Lokoregionäre Rezidive)	
Ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion / prophylaktische Mastektomie	getrennte Darstellung nach pl. Rekonstruktion und proph. Mastektomie wäre sinnvoll
Befund: Risikoläsionen	Warum nicht auch Geschlechtsverteilung? Und im Folgenden "Patientinnen und Patienten"
Befund: Benigne / entzündliche Veränderungen, ausschließlich Normalgewebe	

Anmerkungen QS NET DIAL

allgemein	Anmerkungen
allgemein: Datengrundlage	Bei der Datengrundlage sollten die in die Auswertung berücksichtigten QS-Datensätze separat aufgeführt werden!
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Anmerkungen
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	
Gruppe: Aufklärung über Behandlungsoptionen	Details: Differenzierte Abbildung der Informationen über Behandlungsmöglichkeiten (Bogen 21-26)
Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche	Details: >10%, >20%, >30%.. (je nach tatsächlicher Ausprägung)
Gruppe: Dialysedauer pro Woche	Details: Mittler effektive Dialysedauer <12h, <11h, <10h...(ja nach tatsächlicher Ausprägung)
Gruppe: Ernährungsstatus	Details: Gewichtsverlust (>5% in 3M, >10% in 6M) und niedriger Albuminwert (<35g/l) separat ausweisen
Gruppe: Anämiemanagement	Details: Separate Darstellung Hb<9,0, Ferritin <100, Transferrin-Sättigung <20% ,CRP <1
Basisauswertung	Die Basisauswertung ist unvollständig. Es fehlen die Auswertungen zu "Information über Behandlungsmöglichkeiten", "Evaluation zur Nierentransplantation" sowie zur "Referenzdialyse (Serumalbumin, Hb...)"

Anmerkungen QS KAROTIS

	Anmerkungen
Datengrundlage:	Differenzierung der dokumentierten DS in offen-chirurgisch / kathetergestützt (ohne Angabe Soll)
Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	
52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	Details: (Schwere) Periprozedurale Schlaganfälle und Tod differenziert ausweisen
11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	
11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	
605: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	
606: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	
51859: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	
51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	
51445: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose kathetergestützt	
51448: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	
51860: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	
Basisauswertung	
	Eine primäre Übersicht der Indikationsgruppen (Insgesamt, offen-chirurgisch und kathetergestützt in einer Tabelle) wäre wünschenswert

Anmerkungen QS CHE

Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Anmerkungen
58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	<p>Darstellung der einzelnen Komplikationen (inkl. ICD) und des Ortes (Einrichtung des Primäreingriffes bzw. nachbehandelnde Einrichtung) - siehe Beispieltabelle</p>
58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	
58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	
58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	
58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	
58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	
58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	Differenzierung Einrichtung des Primäreingriffes bzw. nachbehandelnde Einrichtung

Anmerkungen QS CHE Beispiel

Details zu den Ergebnissen						
	Ihr Ergebnis	Ihr Ergebnis intern	Ihr Ergebnis extern	Ergebnis Bund	Ergebnis Bund intern	Ergebnis Bund extern
58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen						
Fistel des Gallengangs (K83.3)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Perforation des Gallengangs (K83.2)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen (exkl. Fistel und exkl. Perforation)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Verschluss des Gallengangs (K83.1)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sons. Näher bezeichnete Krankheiten des Gallengangs (K83.8)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Krankheiten der Gallenwege ,n nb (K83.9)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen (K91.81)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert (K91.88)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Offene Wunde mit Verbindung zu einer intraabdominalen Verletzung	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Verletzung des Gallengangs (S36.18)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert (T81.2)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)

Anmerkungen QS WI

Allgemeine Anmerkungen	
Für die Darstellung und Auswertung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation müssen andere Tabellen und Grafiken gewählt werden als in der Dummy-Auswertung dargestellt. In der Dummy Auswertungen finden sich u.a. für die Darstellung des Index-QI fehlerhafte Maßeinheiten, Vertrauensbereiche, fehlerhafte Bezüge (Standort statt IKNR) etc. Wir gehen davon aus, dass die endgültigen Auswertungen hierzu grundlegend überarbeitet werden. Bei einem Krankenhaus als Leistungserbringer sollte nach "ambulant" und "stationär" unterschieden werden.	
Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Ergebnisübersicht - Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021 Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020 (Sozialdatenbasierte QI)	
Einleitung	
Datengrundlagen - Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen	» S. 8: Es fehlt die Unterteilung nach fallbezogener bzw. einrichtungsbezogener QS-Dokumentationsdaten. » S. 9: Zur Verknüpfungsrates mit Sozialdaten: hier fehlt eine Legende, u.a. sollten mögliche Ursachen erklärt werden, warum die Verknüpfungsrates unter 100 % liegen kann, insbesondere wenn die Verknüpfungsrates des Leistungserbringers von der des Bundes abweicht.
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	
1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	» S.10: in der Tabelle wird Grundgesamtheit erläutert mit: "Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert." Das erscheint unpassend, v.a. im Hinblick auf die Darstellung des Indikators in der Ergebnisübersicht auf S.5.
Details zu den Ergebnissen	» S. 13: Die Zeile 1.1 entspricht ja dem QI 1000 Ergebnis. Darunter sollten ausschließlich die Kennzahlen aufgeführt werden, die in die Berechnung des QI einfließen. Die derzeit über eine Legende gekennzeichneten Kennzahlen, die aufgrund von Unschärfen bei der Datenerfassung aus dem Index entfernt wurden, sollten unter einem eigenen Unterpunkt 1.2 geführt werden. Die Kennzahlen sind für die Interpretation des QI-Ergebnisses unerlässlich und daher sollten auch die Vorjahresergebnisse dargestellt werden, damit der LE sieht, wo er sich verbessert oder verschlechtert hat. Ein Verweis zu den entsprechenden Angaben in der Einrichtungsbefragung, die über die Basisauswertung dargestellt werden, wäre aus Sicht des LE wünschenswert.

Anmerkungen QS WI

1500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	
Details zu den Ergebnissen	<p>Neben der Aufschlüsselung nach Fachabteilung sollten weitere Informationen zu den Eingriffen mit späterer Wundinfektion geliefert werden, z.B. eine Aufschlüsselung in Risikogruppen oder in die Art des Eingriffes wie große onkologische Operationen oder Notfalleingriffe. Eine Orientierung an den Faktoren der zukünftig geplanten Risikoadjustierung ist ebenso möglich.</p> <p>Es sollte tabellarisch aufgeführt werden, bei welchen Fällen die Diagnosestellung der Wundinfektion "inhouse" erfolgte und somit dem LE bekannt ist und welche Fälle bei einem anderen LE bezüglich WI behandelt wurden. Für die letzte Gruppe müssen dem LE weitere Informationen aus den Sozialdaten / fallbezogenen QS-Dokumentation zur Verfügung gestellt werden: einerseits um die Fälle/Tracer-Eingriffe zu identifizieren, andererseits um weitere Informationen zu der aufgetretenen und stationär behandlungsbedürftigen Wundinfektion zu erhalten (z.B. Datum Diagnosestellung, Wundinfektionstiefe, mikrobiologische Diagnostik, benötigte Behandlung über OPS etc.). Auch ambulante LE und LAGen benötigen ATR Listen zu auffälligen Fällen zusätzlich einer Darstellung kumulierter Detailergebnisse in den Rückmeldeberichten.</p>
1501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	
Details zu den Ergebnissen	siehe QI 1500
1502: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	<p>Der Name des QI (Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE)) widerspricht sich mit den Angaben der Zählerbeschreibung (Wundinfektion mit MRSA).</p> <p>Warum sind hier keine "Details zu den Ergebnissen" vorgesehen? Auch hier sind weitere Informationen hilfreich (siehe Ausführung zu QI 1500, aber mindestens die Angabe der Fachabteilungen), auch wenn "nur" Teilergebnis von QI 1500.</p>
1503: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	siehe QI 1502
332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	Auch hier sind "Details zu den Ergebnissen" wünschenswert.
alle Anmerkungen gelten für WI-S gleichermaßen	

Anmerkungen QS WI Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Basisauswertung	
Basisdokumentation - einrichtungsbezogen	Es fehlt eine Basisdokumentation - fallbezogen, z.B. wie oft wurde der Bogen ausgelöst, wie oft lag davon eine postop. WI vor, welche WI-Tiefe, wie oft wurde eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt. Ebenso sollte das Patientengut aus den Tracer-Eingriffen (über Angaben der Sozialdaten) detaillierter dargestellt werden, z.B. Liste mit Eingriffen, die zu WI geführt haben (ggf. Einteilung Fachabteilung, nach primär septischen Eingriffe, großen onkologischen Operationen oder Notfalleingriffen etc.). Je nachdem, mit welchen Daten (Sozialdaten) später eine Risikoadjustierung vorgenommen wird, sollten diese ebenfalls in einer Basisstatistik dargestellt werden (z.B. Case-Mix-Index?).
Art der ambulant operierenden Einrichtung	Für diese, aber auch für folgende Tabellen der einrichtungsbez. Basisdokumentation gilt: Tabellenformat mit n, %, N ist ungeeignet, um die Angaben aus dem Fragebogen von einem LE ("Ihr Ergebnis") widerzuspiegeln, die ja nur einmalig mit jeweils ja, nein etc. kodiert sind.
Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung	Bei der Tabelle "Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021?" (S. 33): Wie soll Monat / Jahr für die Spalte Bund (gesamt) mit n und % ausgewertet werden?
Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung	Bei der Tabelle "Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021?" (S. 35): Wie soll Monat / Jahr für die Spalte Bund (gesamt) mit n und % ausgewertet werden?
Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	
Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	Bei der Tabelle: "Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2021?" (S. 40): Wie soll Monat / Jahr für die Spalte Bund (gesamt) mit n und % ausgewertet werden? Ggf. Zeitdifferenz zu Ablauf des Jahres 21 berechnen und bei Bund Mittelwert / Median angeben. Anmerkung gilt auch für alle folgenden Tabellen mit den Zeilen Monat / Jahr.
Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OPFeldes	
Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswchsel	

Anmerkungen QS WI Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	
Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	
Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	
Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung	
alle Anmerkungen gelten für WI-S gleichermaßen	

Anmerkungen QS HSM IMPL

Allgemeine Anmerkungen
<p><u>Datengrundlagen:</u> In der Tabelle "Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten" wird eine deutlichere (optische) Trennung von leistungserbringerbezogenen Daten ("Ihre Daten") und bundesbezogenen Daten vorgeschlagen, z. B. über getrennte Tabellen oder eine Leerzeile dazwischen.</p> <p><u>Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen:</u> siehe z. B. <i>Peri- bzw. postoperative Komplikationen (101801, 52311, 101802), Leitlinienkonforme Systemwahl</i> Bei Gruppen von Qualitätsindikatoren werden aktuell die "Details zu den Ergebnissen" (Kennzahlen) immer erst am Ende einer Gruppe dargestellt. Wir würden vorschlagen, die Details (Kennzahlen) jeweils beim betreffenden QI zu berichten, da sonst die Zuordnung zum jeweiligen QI erschwert ist.</p> <p><u>Risikoadjustierte QI:</u> siehe z. B. <i>Dosis-Flächen-Produkt (101800); Sterblichkeit (51191)</i> »Risikoadjustierte QIs sollten aus unserer Sicht die Kennzeichnung (O/E) im QI-Titel tragen zur besseren Erkennbarkeit »zur besseren Nachvollziehbarkeit sollten in der Indikatorenbeschreibung die Risikofaktoren aufgelistet werden, nach denen eine Risikoadjustierung der erwarteten Fälle erfolgt (z. B. BMI bei Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt) »die Indikatorbeschreibung sollte Erläuterung dazu enthalten, dass bei O/E beobachtete Fälle ins Verhältnis zu den erwarteten Fällen gesetzt werden und was Ergebnisse = 1, < 1 bzw. > 1 inhaltlich bedeuten</p>

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Ergebnisübersicht - Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	»Bei geplanten QIs ohne Referenzbereich steht in der zughörigen Spalte "nicht definiert", bei Transparenzkennzahlen enthält die Spalte Referenzbereich keine Eintragung. Zur besseren Nachvollziehbarkeit sollten Transparenzkennzahlen wie z. B. 101802 als solche kenntlich gemacht werden. »bei Kennzahlen ohne Referenzbereich ist das rote "x" in der Spalte "Ergebnis im Ref.bereich" irreführend und sollte entfernt werden, siehe z. B. 54143, 101802
Einleitung	»Kann inhaltlich nicht beurteilt werden, da leer in Dummy-Auswertung
Datengrundlagen - Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	»siehe allgemeine Anmerkung "Datengrundlagen"
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	
101803: Leitlinienkonforme Indikation	

Anmerkungen QS HSM IMPL

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
	»Bitte um weitere Kennzahlen: Häufig liegen Probleme bei der Indikationsstellung bzw. der korrekten Dokumentation der Indikationsstellung und geforderten Symptomatik bei SSS vor. Wäre es möglich die Tabelle mit den unterschiedlichen Indikationen um Unterpunkte für die Indikation SSS zu ergänzen? Sinnvolle Unterteilung/Ergänzung wären Fälle mit: a) Persistierende Bradykardie UND wahrscheinlicher oder EKG-dokumentierter Zusammenhang vs. b) Intermittierende Bradykardie UND EKG-dokumentierter Zusammenhang vs. c) Intermittierende Bradykardie UND wahrscheinlicher Zusammenhang UND Herpause > 3 s UND Synkope bzw. synkopenbedingte Verletzung. Alternativ könnten die Fälle mit Indikation SSS auch in einer separaten Tabelle mit den jeweiligen Unterkategorien dargestellt werden.
Details zu den Ergebnissen	
Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	
54140: Leitlinienkonforme Systemwahl	
54141: Systeme 1. Wahl	Transparenzkennzahl - bitte als solche kenntlich machen
54142: Systeme 2. Wahl	Transparenzkennzahl - bitte als solche kenntlich machen
54143: Systeme 3. Wahl	
Details zu den Ergebnissen	»siehe allgemeine Anmerkung "Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen": Die beiden Tabellen zu Systemen 1., 2. und 3. Wahl bei Ein- und Zweikammersystemen und zur leitlinienkonformen Systemwahl nach Indikation wären inhaltlich besser passend beim QI 54140 "Leitlinienkonforme Systemwahl".
52139: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	
Details zu den Ergebnissen	und die Standardabweichung darstellbar? So ließe sich die Verteilung besser interpretieren.
101800: Dosis-Flächen-Produkt	»siehe allgemeine Anmerkung "Risikoadjustierte QI"
Details zu den Ergebnissen	
52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	
Details zu den Ergebnissen	
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	»Vorschlag zusätzliche Kennzahl: Ggf. wäre hier eine tabellarische Auflistung der aufgetretenen nicht-sondenbedingten Komplikationen - insbesondere Pneumothorax und Hämatothorax - nach Zugangsweg (Vena subclavia, Vena cephalica, andere) sinnvoll. So könnten LE auf einen Blick feststellen, ob bspw. vermehrt Komplikationen bei Zugang über die Vena subclavia auftraten.
52311: Sondendislokation oder -dysfunktion	
101802: Zugang über die Vena subclavia beim Verschieben der Sonden	»Transparenzkennzahl - bitte als solche kenntlich machen

Anmerkungen QS HSM IMPL

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Details zu den Ergebnissen	»siehe allgemeine Anmerkung "Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen": Die Tabellen 6.2 "Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)" und 6.3 "Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion" erscheinen deplatziert unter der TKZ 101802 / man würde dieser Tabellen eher bei den zugehörigen QIs 101801 und 52311 erwarten.
51191: Sterblichkeit im Krankenhaus	»siehe allgemeine Anmerkung "Risikoadjustierte QI"
Details zu den Ergebnissen	
2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	
Details zu den Ergebnissen	
2191: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	
Details zu den Ergebnissen	
2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
Details zu den Ergebnissen	
2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
Details zu den Ergebnissen	
102001: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	

Anmerkungen QS HSM IMPL Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Basisauswertung	
Basisdokumentation	
Patient	Angaben zur Verteilung der Datenfelder "Art der Versicherung" incl. "besonderer Personenkreis" fehlen
Body Mass Index (BMI)	Tabelle BMI ggf. um Mittelwert und Median ergänzen?
Präoperative Anamnese/Klinik	
Präoperative Diagnostik	
Indikationsbegründende EKG-Befunde	
	Eine kategoriale Darstellung der Angaben zur EF wäre leichter interpretierbar als die Darstellung von Perzentilen, Median und Mittelwert. Die Patient(inn)en ließen sich z. B. in folgende Kategorien einteilen: keine/leichte Einschränkung (> 50%); mittlere Einschränkung (36 - 50%); schwere Einschränkung (<= 35%).
Linksventrikuläre Funktion	Die Angabe von Median und Mittelwert kann beibehalten werden.
Zusätzliche Kriterien	
Operation	
Zugang des implantierten Systems	
Implantiertes System	
Schrittmachersystem	
Schrittmachersonden	
	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,5 V; > 1,5 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 1,4 mV; 1,5 bis 15,0 mV; > 15 mV
Vorhofsonde	
	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 3,9 mV; 4 bis 30,0 mV; > 30 mV
Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)	
	Aktuell werden die Reizschwellen nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V
Linker Ventrikel	
Komplikationen	
Sondendislokation	
Sondendysfunktion	

Anmerkungen QS HSM IMPL Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Entlassung	
Behandlungszeiten	

Anmerkungen QS HSM REV

Allgemeine Anmerkungen

Datengrundlagen:

In der Tabelle "Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten" wird eine deutlichere (optische) Trennung von leistungserbringerbezogenen Daten ("Ihre Daten") und bundesbezogenen Daten vorgeschlagen, z. B. über getrennte Tabellen oder eine Leerzeile dazwischen.

Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen: *siehe z. B. Peri- bzw. postoperative Komplikationen (121800, 52315)*

Bei Gruppen von Qualitätsindikatoren werden aktuell die "Details zu den Ergebnissen" (Kennzahlen) immer erst am Ende einer Gruppe dargestellt. Wir würden vorschlagen, die Details (Kennzahlen) jeweils beim betreffenden QI zu berichten, da sonst die Zuordnung zum jeweiligen QI erschwert ist.

Risikoadjustierte QI: *siehe Sterblichkeit (51404)*

»Risikoadjustierte QIs sollten aus unserer Sicht die Kennzeichnung (O/E) im QI-Titel tragen zur besseren Erkennbarkeit

»zur besseren Nachvollziehbarkeit sollten in der Indikatorenbeschreibung die Risikofaktoren aufgelistet werden, nach denen eine Risikoadjustierung der erwarteten Fälle erfolgt (z. B. BMI bei Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt)

»die Indikatorbeschreibung sollte Erläuterung dazu enthalten, dass bei O/E beobachtete Fälle ins Verhältnis zu den erwarteten Fällen gesetzt werden und was Ergebnisse = 1, < 1 bzw. > 1 inhaltlich bedeuten

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Ergebnisübersicht	
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	
Einleitung	
Datengrundlagen	»siehe allgemeine Anmerkung "Datengrundlagen"
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	
Details zu den Ergebnissen	»siehe allgemeine Anmerkung "Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen"
51404: Sterblichkeit im Krankenhaus	»siehe allgemeine Anmerkung "Risikoadjustierte QI"
Details zu den Ergebnissen	

Anmerkungen QS HSM REV Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Basisdokumentation	
Patient	Angaben zur Verteilung der Datenfelder "Art der Versicherung" incl. "besonderer Personenkreis" fehlen
Indikation zur Revision/Explantation	
Spezielle Indikation zur Revision / Explantation von Sonden	"Ort der letzten Schrittmacher-OP" wirkt an der aktuellen Stelle - zwischen "Indikation zur Revision/Explantation" und "Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden" - deplatziert. Sinnvoll wäre diese Tabelle vorzuziehen vor die Basisstatistik zur Indikation.
Operation	
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems	
Schrittmachersystem	
Schrittmacher-Aggregat	
Schrittmachersonden	
Vorhofsonde	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,5 V; > 1,5 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 1,4 mV; 1,5 bis 15,0 mV; > 15 mV
Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 3,9 mV; 4 bis 30,0 mV; > 30 mV
Linksventrikuläre Sonde	Aktuell werden die Reizschwellen nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V
Komplikationen	
Sonden- bzw. Systemdislokation	
Sonden- bzw. Systemdysfunktion	
Entlassung	
Behandlungszeiten	

Anmerkungen QS HSM AGGW

Allgemeine Anmerkungen
<p><u>Datengrundlagen:</u> In der Tabelle "Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten" wird eine deutlichere (optische) Trennung von leistungserbringerbezogenen Daten ("Ihre Daten") und bundesbezogenen Daten vorgeschlagen, z. B. über getrennte Tabellen oder eine Leerzeile dazwischen.</p>

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Ergebnisübersicht	
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	
Einleitung	inhaltlich nicht beurteilbar, da leer in Dummy-Auswertung
Datengrundlagen	»siehe allgemeine Anmerkung "Datengrundlagen"
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	
52307: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	
Details zu den Ergebnissen	
111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Details zu den Ergebnissen	

Anmerkungen QS HSM AGGW Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Basisdokumentation	
Patient	Angaben zur Verteilung der Datenfelder "Art der Versicherung" incl. "besonderer Personenkreis" fehlen
Indikation zum Aggregatwechsel	
Ort der letzten Schrittmacher-OP	
Operation	
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems	
Implantiertes Schrittmachersystem	
Belassene Schrittmacher-Sonden	
Vorhofsonde	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,5 V; > 1,5 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 1,4 mV; 1,5 bis 15,0 mV; > 15 mV
Rechtsventrikuläre Sonde (bzw. HIS-Bündel)	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 3,9 mV; 4 bis 30,0 mV; > 30 mV
Linksventrikuläre Sonde	Aktuell werden die Reizschwellen nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V
Komplikationen	
Entlassung	
Behandlungszeiten	

Anmerkungen QS DEFI IMPL

Allgemeine Anmerkungen

Datengrundlagen:

In der Tabelle "Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten" wird eine deutlichere (optische) Trennung von leistungserbringerbezogenen Daten ("Ihre Daten") und bundesbezogenen Daten vorgeschlagen, z. B. über getrennte Tabellen oder eine Leerzeile dazwischen.

Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen: siehe Peri- bzw. postoperative Komplikationen (131802, 52325, 131803)

Bei Gruppen von Qualitätsindikatoren werden aktuell die "Details zu den Ergebnissen" (Kennzahlen) immer erst am Ende einer Gruppe dargestellt. Wir würden vorschlagen, die Details (Kennzahlen) jeweils beim betreffenden QI zu berichten, da sonst die Zuordnung zum jeweiligen QI erschwert ist.

Risikoadjustierte QI: siehe z. B. Dosis-Flächen-Produkt (131801); Sterblichkeit (51186)

»Risikoadjustierte QIs sollten aus unserer Sicht die Kennzeichnung (O/E) im QI-Titel tragen zur besseren Erkennbarkeit

»zur besseren Nachvollziehbarkeit sollten in der Indikatorenbeschreibung die Risikofaktoren aufgelistet werden, nach denen eine Risikoadjustierung der erwarteten Fälle erfolgt (z. B. BMI bei Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt)

»die Indikatorbeschreibung sollte Erläuterung dazu enthalten, dass bei O/E beobachtete Fälle ins Verhältnis zu den erwarteten Fällen gesetzt werden und was Ergebnisse = 1, < 1 bzw. > 1 inhaltlich bedeuten

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Ergebnisübersicht - Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	»Bei geplanten QIs ohne Referenzbereich steht in der zugehörigen Spalte "nicht definiert", bei Transparenzkennzahlen enthält die Spalte Referenzbereich keine Eintragung. Zur besseren Nachvollziehbarkeit sollten Transparenzkennzahlen wie z. B. 131803 als solche kenntlich gemacht werden. »bei Kennzahlen ohne Referenzbereich ist das rote "x" in der Spalte "Ergebnis im Ref.bereich" irreführend und sollte entfernt werden, siehe z. B. 132003
Einleitung	inhaltlich nicht beurteilbar, da kein Text in Dummy-Auswertung
Datengrundlagen - Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdate	»siehe allgemeine Anmerkung "Datengrundlagen"
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	
50055: Leitlinienkonforme Indikation	

Anmerkungen QS DEFI IMPL

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Details zu den Ergebnissen	»Wie in den allgemeinen Anmerkungen erläutert, wäre es hilfreich, wenn in der Detaildarstellung der QI-Ergebnisse auch die auffälligen Vorgangsnummern aufgelistet werden könnten. Falls das möglich ist, könnten die auffälligen Vorgänge dann auch den indikationsbegründenden Ereignissen bzw. Herzerkrankungen gemäß Tabelle 1.2 zugeordnet werden? So könnten wir als LAG, aber auch der LE auf einen Blick sehen, welche Implantationen z. B. aufgrund einer DCM erfolgten und die Indikationsstellung dahingehend prüfen.
50005: Leitlinienkonforme Systemwahl	
Details zu den Ergebnissen	
52131: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	
Details zu den Ergebnissen	Tabelle 3.2 / letzte Zeile: Wäre an Stelle des Medians der Eingriffsdauer der Mittelwert und die Standardabweichung darstellbar? So ließe sich die Verteilung besser interpretieren.
131801: Dosis-Flächen-Produkt	»siehe allgemeine Anmerkung "Risikoadjustierte QI"
Details zu den Ergebnissen	
52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	
Details zu den Ergebnissen	
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	»Vorschlag zusätzliche Kennzahl: Ggf. wäre hier eine tabellarische Auflistung der aufgetretenen nicht-sondenbedingten Komplikationen - insbesondere Pneumothorax und Hämatothorax - nach Zugangsweg (Vena subclavia, Vena cephalica, andere) sinnvoll. So könnten LE auf einen Blick feststellen, ob bspw. vermehrt Komplikationen bei Zugang über die Vena subclavia auftraten.
52325: Sondendislokation oder -dysfunktion	
131803: Zugang über die Vena subclavia beim Verschieben der Sonden	»Transparenzkennzahl - bitte als solche kenntlich machen
Details zu den Ergebnissen	»siehe allgemeine Anmerkung "Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen": Die Tabellen 6.2 "Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)" und 6.3 "Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion" erscheinen deplatziert unter der TKZ 131803 / man würde diese Tabellen eher bei den zugehörigen QIs 131802 und 52325 erwarten.

Anmerkungen QS DEFI IMPL

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
51186: Sterblichkeit im Krankenhaus	»siehe allgemeine Anmerkung "Risikoadjustierte QI"
Details zu den Ergebnissen	
132000: Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	
Details zu den Ergebnissen	
132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
Details zu den Ergebnissen	
132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
Details zu den Ergebnissen	
132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	

Anmerkungen QS DEFI IMPL Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Basisauswertung	
Basisdokumentation	
Patient	Angaben zur Verteilung der Datenfelder "Art der Versicherung" incl. "besonderer Personenkreis" fehlen
Body Mass Index (BMI)	Tabelle BMI ggf. um Mittelwert und Median ergänzen?
Präoperative Anamnese/Klinik	Ggf. wäre eine kategoriale Darstellung der Angaben zur EF leichter interpretierbar als die Darstellung von Perzentilen, Median und Mittelwert. Die Patient(inn)en ließen sich z. B. in folgende Kategorien einteilen: keine/leichte Einschränkung (> 50%); mittlere Einschränkung (36 - 50%); schwere Einschränkung (<= 35%). Die Angabe von Median und Mittelwert kann beibehalten werden.
ICD-Anteil	
Grunderkrankungen	
Weitere Merkmale	
Schrittmacheranteil	
Stimulationsbedürftigkeit	
EKG-Befunde	
Operation	
Zugang des implantierten Systems	
ICD	
ICD-System	
ICD-Aggregat	
Sonden	
Vorhof (atriale Pace/Sense-Sonde)	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,5 V; > 1,5 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 1,4 mV; 1,5 bis 15,0 mV; > 15 mV
Ventrikel	

Anmerkungen QS DEFI IMPL Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Rechtsventrikuläre Sonde	<p>Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden.</p> <p>Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 3,9 mV; 4 bis 30,0 mV; > 30 mV</p>
Linksventrikuläre Sonde	<p>Aktuell werden die Reizschwellen nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden.</p> <p>Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V</p>
Komplikationen	
Sondendislokation	
Sondendysfunktion	
Entlassung	
Behandlungszeiten	

Anmerkungen QS DEFI REV

Allgemeine AnmerkungenDatengrundlagen:

In der Tabelle "Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten" wird eine deutlichere (optische) Trennung von leistungserbringerbezogenen Daten ("Ihre Daten") und bundesbezogenen Daten vorgeschlagen, z. B. über getrennte Tabellen oder eine Leerzeile dazwischen.

Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen: siehe z. B. Peri- bzw. postoperative Komplikationen (151800, 52324)

Bei Gruppen von Qualitätsindikatoren werden aktuell die "Details zu den Ergebnissen" (Kennzahlen) immer erst am Ende einer Gruppe dargestellt. Wir würden vorschlagen, die Details (Kennzahlen) jeweils beim betreffenden QI zu berichten, da sonst die Zuordnung zum jeweiligen QI erschwert ist.

Risikoadjustierte QI: siehe Sterblichkeit (51196)

»Risikoadjustierte QIs sollten aus unserer Sicht die Kennzeichnung (O/E) im QI-Titel tragen zur besseren Erkennbarkeit

»zur besseren Nachvollziehbarkeit sollten in der Indikatorenbeschreibung die Risikofaktoren aufgelistet werden, nach denen eine Risikoadjustierung der erwarteten Fälle erfolgt (z. B. BMI bei Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt)

»die Indikatorbeschreibung sollte Erläuterung dazu enthalten, dass bei O/E beobachtete Fälle ins Verhältnis zu den erwarteten Fällen gesetzt werden und was Ergebnisse = 1, < 1 bzw. > 1 inhaltlich bedeuten

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Ergebnisübersicht	
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	
Einleitung	inhaltlich nicht beurteilbar, da leer in Dummy-Auswertung
Datengrundlagen	»siehe allgemeine Anmerkung "Datengrundlagen"
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	
Details zu den Ergebnissen	»siehe allgemeine Anmerkung "Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen"
51196: Sterblichkeit im Krankenhaus	»siehe allgemeine Anmerkung "Risikoadjustierte QI"
Details zu den Ergebnissen	

Anmerkungen QS DEFI REV Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Basisdokumentation	
Patient	Angaben zur Verteilung der Datenfelder "Art der Versicherung" incl. "besonderer Personenkreis" fehlen
Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation	
Operation	
ICD	
ICD-System	
ICD-Aggregat	
Sonden	
Vorhofsonde	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,5 V; > 1,5 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 1,4 mV; 1,5 bis 15,0 mV; > 15 mV
Ventrikel	
1. Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 3,9 mV; 4 bis 30,0 mV; > 30 mV
2. Ventrikelsonde	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 3,9 mV; 4 bis 30,0 mV; > 30 mV
3. Ventrikelsonde	Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden. Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 3,9 mV; 4 bis 30,0 mV; > 30 mV
Andere Defibrillationssonde(n)	
Komplikationen	
Sondendislokation	

Anmerkungen QS DEFI REV Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Sondendysfunktion	
Entlassung	
Behandlungszeiten	

Anmerkungen QS DEFI AGGW

Allgemeine Anmerkungen
<p><u>Datengrundlagen:</u> In der Tabelle "Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten" wird eine deutlichere (optische) Trennung von leistungserbringerbezogenen Daten ("Ihre Daten") und bundesbezogenen Daten vorgeschlagen, z. B. über getrennte Tabellen oder eine Leerzeile</p>

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Ergebnisübersicht	
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	
Einleitung	inhaltlich nicht beurteilbar, da leer in Dummy-Auswertung
Datengrundlagen	»siehe allgemeine Anmerkung "Datengrundlagen"
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	
Detaillergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	
52321: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	
Details zu den Ergebnissen	
141800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Details zu den Ergebnissen	

Anmerkungen QS DEFI AGGW Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Basisdokumentation	
Patient	Angaben zur Verteilung der Datenfelder "Art der Versicherung" incl. "besonderer Personenkreis" fehlen
Indikation zum Aggregatwechsel	
Operation	
ICD	
Implantiertes ICD-System	
Belassene Schrittmacher-Sonden	
Vorhofsonde (atriale Pace/Sense-Sonde)	<p>Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden.</p> <p>Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,5 V; > 1,5 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 1,4 mV; 1,5 bis 15,0 mV; > 15 mV</p>
Rechtsventrikuläre Sonde	<p>Aktuell werden Reizschwellen und Signalamplituden nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden.</p> <p>Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V P-Wellen Amplitude intraoperativ: 0,0 mV; 0,1 bis 3,9 mV; 4 bis 30,0 mV; > 30 mV</p>
Linksventrikuläre Sonde	<p>Aktuell werden die Reizschwellen nur mit Median und Mittelwert beschrieben. Es könnte hilfreich sein, zusätzlich Kategorien mit der Angabe von Fällen pro Kategorie zu bilden.</p> <p>Reizschwelle intraoperativ bei 0,5 ms: 0,0 V; 0,1 bis 1,0 V; > 1,0 V</p>
Komplikationen	
Entlassung	
Behandlungszeiten	

Anmerkungen QS PCI

Allgemeine Anmerkungen

Datengrundlagen:

In der Tabelle "Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten" wird eine deutlichere (optische) Trennung von leistungserbringerbezogenen Daten ("Ihre Daten") und bundesbezogenen Daten vorgeschlagen, z. B. über getrennte Tabellen oder eine Leerzeile dazwischen.

Darstellung von Details bei QI-Gruppen: *siehe bspw. Door-to-ballon-Zeit (56003, 56004); Dosis-Flächen-Produkt (56005, 56006, 56007, 56008)*

Bei Gruppen von Qualitätsindikatoren werden aktuell die "Details zu den Ergebnissen" immer erst am Ende einer Gruppe dargestellt. Wir würden vorschlagen, die Details jeweils beim betreffenden QI zu berichten, da sonst die Zuordnung zum jeweiligen QI erschwert ist.

Risikoadjustierte QI: *siehe bspw. Dosis-Flächen-Produkt (56005, 56006, 56007, 56008); MACCE (56018, 56020, 56022); Sterblichkeit (56024, 56026)*

»Risikoadjustierte QIs sollten aus unserer Sicht die Kennzeichnung (O/E) im QI-Titel tragen zur besseren Erkennbarkeit

»zur besseren Nachvollziehbarkeit sollten in der Indikatorenbeschreibung die Risikofaktoren aufgelistet werden, nach denen eine Risikoadjustierung der erwarteten Fälle erfolgt (z. B. BMI bei Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt)

»die Indikatorbeschreibung sollte Erläuterung dazu enthalten, dass bei O/E beobachtete Fälle ins Verhältnis zu den erwarteten Fällen gesetzt werden und was Ergebnisse = 1, < 1 bzw. > 1 inhaltlich bedeuten

Sozialdatenbasierte QI: *z. B. Therapiebedürftige Blutungen (56012); MACCE (56018, 56020, 56022); Sterblichkeit (56024, 56026)*

Für sozialdatenbasierte QI sollte dargestellt werden, wieviele/welche Fälle aus den QS-Daten und welche Fälle aus verknüpften Sozialdaten stammen. Zudem sollte, wenn die Zählerbedingung aus Untergruppen besteht, diese Untergruppen auch in Form von Details zu den Ergebnissen dargestellt werden.

Ergänzung der Tabelle "Belegärztliche Leistungen" um Verbringungsleistungen:

Könnte analog zur Tabelle "Belegärztliche Leistungen" in der Detailansicht der einzelnen QI-Ergebnisse jeweils auch eine Tabelle "Verbringungsleistungen" dargestellt werden? Aus der Tabelle sollte hervorgehen, wieviele Fälle Verbringungsleistungen waren aus der Grundgesamtheit des jeweils dargestellten QI. Dies wäre außerordentlich hilfreich für den LE und auch die LAG/Fachkommission beim Stellungnahmeverfahren.

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Ergebnisübersicht	
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021	
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020 (Sozialdatenbasierte QI)	
Einleitung	
Datengrundlagen	

Anmerkungen QS PCI

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	<p>»s. allgemeine Anmerkung "Datengrundlagen": Aktuell erweckt die Tabelle den Eindruck, dass sich alle Zeilen zum Ergebnis Bund (gesamt) aufaddieren bzw. dass die Teilgruppen (z. B. KH, VÄ) Untergruppen von „Ihre Daten“ darstellen, was selbstverständlich nicht der Fall ist.</p> <p>»Bisher fehlte das SOLL für selektivvertragliche Leistungen in den Jahresauswertungen, daraus resultiert eine rechnerische Überdokumentation auf Landesebene. Könnte das SOLL für selektivvertragliche Leistungen ergänzt werden? Alternativ: Könnten die selektivvertraglichen Leistungen für die Dokurrate von der Grundgesamtheit (IST) ausgeschlossen werden?</p>
Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen	Bitte um (optische) Trennung zwischen LE-bezogenen Daten ("Ihre Daten") und bundesbezogenen Daten, siehe obiger Kommentar
Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	
56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	
Details zu den Ergebnissen	
56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	
Details zu den Ergebnissen	»Ggf. wäre eine Tabelle (bzw. Darstellung von Details) sinnvoll, aus der hervorgeht, wieviele der Fälle im Zähler bereits im QI 56000 auffällig wurden
Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation STHebungsinfarkt	
56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation STHebungsinfarkt	
56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	
Details zu den Ergebnissen	<p>Die Tabellen 3.1.1 und 3.1.2 (jeweils 1 x für LE und Bund) beziehen sich auf Fälle mit bekanntem Door- bzw. Balloon-Zeitpunkt und wirken daher fehlplatziert unter dem QI 56004 -> passen besser unter 56003.</p> <p>»weitere Kennzahlen zu Door-to-balloon-Zeit nach Aufnahmezeitpunkt (z. B. Tag vs. Nacht, Wochenende vs. Wochen-/Werktag) wären sinnvolle Ergänzungen</p>
Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt	
56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	siehe allgemeine Anmerkungen zu risikoadjustierten QI
56006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	siehe allgemeine Anmerkungen zu risikoadjustierten QI

Anmerkungen QS PCI

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
56007: Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	siehe allgemeine Anmerkungen zu risikoadjustierten QI
56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	
Details zu den Ergebnissen	»siehe auch allgemeine Anmerkung zur Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen: Die Tabellen 4.1, 4.2 und 4.3 beziehen sich auf Fälle mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt und wirken daher fehlplatziert unter dem QI 56008 -> passen jeweils besser unter die QI 56005, 56006, 56007 »Die Tabelle 4.4 (Fälle mit DFP unbekannt nach BMI) ist inhaltlich irrelevant und kann entfallen.
Gruppe: Kontrastmittelmenge	
56009: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	
56010: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	
56011: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	
56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	»Sinnvoll wäre hier eine Darstellung der aufgetretenen Komplikation nach Art (als Tabelle "Details zu den Ergebnissen"): Thrombin-Injektion nach Blutung, Transfusion nach Blutung, chirurgische Intervention nach Blutung oder Aneurysma spurium »die Angabe wieviele/welche Fälle aus den QS-Daten (in-house) stammen bzw. welche Fälle anhand der Sozialdatenverknüpfung auffällig wurden, wäre hilfreich
Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	
56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	»siehe auch allgemeine Anmerkung zur Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen: Die Tabellen 7.1 bezieht sich auf Fälle mit der Indikation STEMI und wirkt daher fehlplatziert unter dem QI 56016 -> gehört inhaltlich zum QI 56014 »Aus der Tabelle 7.2 geht die Grundgesamtheit nicht klar hervor - alle PCI (incl. PCI bei STEMI) oder PCI ohne STEMI-Fälle? Deutlichere Beschriftung/Beschreibung der Tabelle erforderlich
56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	
Details zu den Ergebnissen	
Gruppe: MACCE	

Anmerkungen QS PCI

Inhaltsverzeichnis	Anmerkungen
56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	<p>»siehe allgemeine Anmerkungen zu risikoadjustierten QI »Es sollte eine Darstellung der aufgetretenen Komplikation nach Art (als Tabelle "Details zu den Ergebnissen") erfolgen --> intraprozedurale Ereignisse: TIA/Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod und postprozedurale Ereignisse: TIA/Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt/Reinfarkt, RE-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod »die Angabe wieviele/welche Fälle aus den QS-Daten (in-house) stammen bzw. welche Fälle anhand der Sozialdatenverknüpfung auffällig wurden, wäre hilfreich</p>
56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	<p>»siehe allgemeine Anmerkungen zu risikoadjustierten QI »Es sollte eine Darstellung der aufgetretenen Komplikation nach Art (als Tabelle "Details zu den Ergebnissen") erfolgen --> intraprozedurale Ereignisse: TIA/Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod und postprozedurale Ereignisse: TIA/Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt/Reinfarkt, RE-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod »die Angabe wieviele/welche Fälle aus den QS-Daten (in-house) stammen bzw. welche Fälle anhand der Sozialdatenverknüpfung auffällig wurden, wäre hilfreich</p>
56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	<p>»siehe allgemeine Anmerkungen zu risikoadjustierten QI »Es sollte eine Darstellung der aufgetretenen Komplikation nach Art (als Tabelle "Details zu den Ergebnissen") erfolgen --> intraprozedurale Ereignisse: TIA/Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod und postprozedurale Ereignisse: TIA/Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt/Reinfarkt, RE-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod »die Angabe wieviele/welche Fälle aus den QS-Daten (in-house) stammen bzw. welche Fälle anhand der Sozialdatenverknüpfung auffällig wurden, wäre hilfreich</p>
Details zu den Ergebnissen	»siehe auch allgemeine Anmerkung zur Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen: Die Tabellen 8.1 und 8.2 gehören inhaltlich nicht an diese Stelle, sondern zu den QI 56018 bzw. 56020.
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI	
56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	»siehe allgemeine Anmerkungen zu risikoadjustierten QI
56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	»siehe allgemeine Anmerkungen zu risikoadjustierten QI
Details zu den Ergebnissen	»siehe auch allgemeine Anmerkung zur Darstellung von Kennzahlen bei QI-Gruppen: Die Tabelle 9.1 passt inhaltlich besser zum QI 56024 und sollte verschoben werden

Anmerkungen QS PCI Basisauswertung

Allgemeine Anmerkungen	
<u>Darstellung von Risikofaktoren in der Basisauswertung:</u>	
Wenn in einem Leistungsbereich Risikofaktoren abgefragt werden, für die eine Risikoadjustierung erfolgt, sollten diese auch in der Basisstatistik ausgewiesen werden. Z. B. fehlt in der Basisstatistik PCI bisher eine Tabelle zur Verteilung des BMI im jeweiligen Patientenkollektiv (z. B. unter Angaben zu Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie (Zeile 14) bzw. mit PCI (Zeile 21)).	
<u>Aufteilung der Basisauswertung in 3 Gruppen - Koronarangiographie, isolierte PCI und Einzeitig-PCI:</u>	
Aktuell teilt sich die Basisauswertung in 2 Subgruppen (Koronarangiographie und PCI) auf. Eine zusätzliche Aufteilung der Basisauswertung „PCI“ in „isolierte PCI“ und „Einzeitig-PCI“ wäre zu überdenken, da insbesondere QIs zu Strahlenbelastung und Kontrastmittelmenge in den QI jeweils getrennt berechnet werden und somit Mittelwert, Median, Quartile usw. als Gesamt-PCI Datenhintergrund nur bedingt nutzbar sind.	
<u>Beschriftung der Tabellen der Basisauswertung prüfen:</u>	
Da sich die Basisstatistik zu Patient(inn)en mit Koronarangiographie bzw. mit PCI jeweils über mehrere Seiten erstrecken, ist es unerlässlich die Tabellen sorgfältig zu beschriften, um Missverständniss zu vermeiden. Die Tabellen zu DFP und Kontrastmittelmenge beispielsweise lassen nicht eindeutig erkennen, dass es sich ausschließlich um Patient(inn)en mit Koronarangiographie (siehe Zeile 18) bzw. mit PCI (siehe Zeile 25) handelt.	
Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
<i>Basisauswertung</i>	
<i>Übersicht (Gesamt)</i>	
Patientinnen und Patienten	Basisauswertungen zu den Datenfeldern "Art der Leistungserbringung" und "Verbringungsleistung" sollten hier ergänzt werden.
Vorgeschichte	
Interventionen	
Postprozeduraler Verlauf	
<i>Koronarangiographie</i>	
Patientinnen und Patienten	Bitte Angaben zur Verteilung des BMI in diesem Patientenkollektiv ergänzen.
Vorgeschichte	
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)	
Indikation und Diagnose	

Anmerkungen QS PCI Basisauswertung

Inhaltsverzeichnis Basisauswertung	Anmerkungen
Intervention	Siehe auch allgemeine Anmerkung "Beschriftung der Tabellen der Basisauswertung prüfen": Bitte im Titel der Tabellen zu DFP und Kontrastmittelmenge jeweils ergänzen, dass es sich um Patienten mit Koronarangiographie handelt. Beim großen Umfang der Auswertung bzw. Basisstatistik werden diese sonst schnell mit den Tabellen zu DFP und Kontrastmittel bei PCI verwechselt.
Komplikationen	Bitte Hinweis ergänzen, dass es sich hierbei nur um Angaben gemäß QS-Dokumentation handelt. Komplikationen, die über Sozialdaten erkennbar wurden, sind in dieser Tabelle ja vermutlich nicht enthalten.
PCI	Aufteilung der Basisauswertung „PCI“ in „isolierte PCI“ und „Einzeitig-PCI“ wäre zu überdenken, da insbesondere QIs zu Strahlenbelastung und Kontrastmittelmenge in den QI jeweils getrennt berechnet werden und somit Mittelwert, Median, Quartile usw. als Gesamt-PCI Datenhintergrund nur bedingt nutzbar sind.
Patientinnen und Patienten	Bitte Angaben zur Verteilung des BMI in diesem Patientenkollektiv ergänzen.
Vorgeschichte	
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)	
Indikation und Diagnose	
Intervention	Siehe auch allgemeine Anmerkung "Beschriftung der Tabellen der Basisauswertung prüfen": Bitte im Titel der Tabellen zu DFP und Kontrastmittelmenge jeweils ergänzen, dass es sich um Patienten mit PCI handelt. Beim großen Umfang der Auswertung bzw. Basisstatistik werden diese sonst schnell mit den Tabellen zu DFP und Kontrastmittel bei Koronarangiographie verwechselt.
Komplikationen	Bitte Hinweis ergänzen, dass es sich hierbei nur um Angaben gemäß QS-Dokumentation handelt. Komplikationen, die über Sozialdaten erkennbar wurden, sind in dieser Tabelle ja vermutlich nicht enthalten.

Anmerkungen QS HGV KEP

Betrifft	Anmerkungen
"Ergebnisübersicht"	Vertrauensbereich weglassen, dafür lieber Landesergebnis mit aufnehmen; Ergebnis Vorjahr wäre zukünftig vielleicht wünschenswert, ggf. Seitenzahl bei jeweiligem QI aufnehmen
"Einleitung" und "Datengrundlage"	Einleitung und Datengrundlage vor Ergebnisübersicht setzen Datengrundlage für Bundesland auch darstellen, nicht nur für Standort und Bund Datengrundlage: statt „Anzahl Standorte Bund“ wird nach „entlassendem“ und „ausgewertetem“ Standort Bund unterschieden
"Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen" Allgemeine Vorschläge	Kurzer Hintergrund zu dem jeweiligen QI mit aufnehmen; Landesergebnis fehlt (Landesergebnis in Tabelle mit aufnehmen, Diagramme noch zusätzlich nur für Bundesland (LE-Vergleich auf Landesebene)) ggf. Reihenfolge der Ergebnisdarstellung ändern: 1. Tabelle mit Erg. und Vorjahreswerte; 2. Diagr. Erg. Zeitverlauf; 3. Erg. diff. nach Fallzahlen; Tabelle QI-Detailergebnisse statt O/N besser Z/N
"Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen" --> s. kurze tabellarische Darstellung des QIs zu Beginn einer jeden Detaildarstellung	gute Übersicht zu den Details der Erg., mit Aufnahme Landesergebnis wäre die Übersicht noch besser
Basisauswertung	zukünftig Vorjahresdaten aufnehmen
sonstiges	vorläufige Leseanleitung vorhanden (wird noch überarbeitet), Abkürzungsverzeichnis fehlt; Länderbericht erstellt, aber ohne Ländervergleich

Betrifft	Anmerkungen
Basisauswertung HEP	verschiedene Parameter der Basisauswertung nur pro Eingriffsart ausgewertet, aber nicht gesamt (z.B. Gehstrecke, Gehilfen, Pflegegrad, ASA, Wundkont., Komplikationen, Präventionsmaßnahmen etc.)
Basisauswertung KEP	verschiedene Parameter der Basisauswertung nur pro Eingriffsart ausgewertet, aber nicht gesamt (z.B. Gehstrecke, Gehilfen, ASA, Wundkont., Komplikationen, Bewegungsumfang, Entlassungsgrund etc.)