



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zur Datenvalidierung 2018 (nach QSKH-RL)

Erfassungsjahr 2017

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 30. August 2019

Impressum

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2018 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2017

Ansprechpartnerin:

Anna Maria Steinmann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

28. Mai 2019, geänderte Version vom 30. August 2019

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.....	10
Abkürzungsverzeichnis.....	13
Zusammenfassung	14
1 Einleitung.....	27
2 Methodik	28
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	29
2.1.1 Statistische Basisprüfung (§ 9 Abs.2 QSKH-RL)	29
2.1.2 Durchführung der statistischen Basisprüfung.....	30
2.1.3 Bewertung der Datenvalidität.....	32
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und gezielter Datenabgleich	32
2.2.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (§ 9 Abs. 4 QSKH-RL)	32
2.2.2 Gezielter Datenabgleich (§ 9 Abs. 3 QSKH-RL)	33
2.2.3 Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich und des gezielten Datenabgleichs	34
2.2.4 Bewertung der Datenvalidität.....	35
3 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich.....	37
3.1 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)	37
3.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung	37
3.1.2 Ergebnisse des Datenabgleichs	38
3.1.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich.....	41
3.2 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT- FRAK)	41
3.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung	42
3.2.2 Ergebnisse des Datenabgleichs	43
3.2.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich.....	50
3.3 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH).....	50
3.3.1 Umfang der Stichprobenprüfung	50
3.3.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren	51
3.3.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich.....	58

3.4	Übereinstimmungsraten der geprüften QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule im Vergleich.....	59
4	Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	63
	Indirekte QS-Verfahren	64
	Herzschrittmacher und Defibrillatoren	74
4.1	Herzschrittmacherversorgung	74
4.1.1	Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL).....	74
4.1.2	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV)	75
4.2	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09n4-DEFI-IMPL)	76
	Gefäßchirurgie.....	78
4.3	Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT).....	78
	Gynäkologische Operationen	79
4.4	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP).....	79
	Perinatalmedizin.....	80
4.5	Geburtshilfe (16n1-GEBH).....	80
4.6	Neonatologie (NEO)	82
	Orthopädie/ Unfallchirurgie	84
4.7	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)	84
4.8	Hüftendoprothesenversorgung (HEP).....	85
4.9	Knieendoprothesenversorgung (KEP)	87
	Mammachirurgie	89
4.10	Mammachirurgie (18n1-MAMMA)	89
	Pflege91	
4.11	Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)	91
	Pneumonie	93
4.12	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU).....	93
	Direkte QS-Verfahren.....	96
	Herzchirurgie	101
4.13	Aortenklappenchirurgie, isoliert	101
4.13.1	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) (HCH-AORT-CHIR).....	101

4.13.2	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) (HCH-AORT-KATH) ...	103
4.14	Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)	104
4.15	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB)	105
	Herz-/ Lungentransplantation	106
4.16	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme	106
4.16.1	Herztransplantation (HTXM-TX)	106
4.17	Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	107
	Lebertransplantation	109
4.18	Lebertransplantation (LTX)	109
	Nieren-/ Pankreastransplantation	110
4.19	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)	110
5	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	112
	Indirekte QS-Verfahren	115
	Herzschrittmacher und Defibrillatoren	126
5.1	Herzschrittmacherversorgung	126
5.1.1	Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)	127
5.1.2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)	129
5.1.3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM- REV)	130
5.2	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09n4-DEFI-IMPL)	132
5.3	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW)	133
5.4	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6- DEFI-REV)	135
	Gefäßchirurgie	136
5.5	Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT)	136
	Gynäkologische Operationen	137
5.6	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP)	137
	Perinatalmedizin	139
5.7	Geburtshilfe (16n1-GEBH)	139
5.8	Neonatalogie (NEO)	140
	Orthopädie/ Unfallchirurgie	143
5.9	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT- FRAK)	144

5.10 Hüftendoprothesenversorgung (HEP).....	145
5.11 Knieendoprothesenversorgung (KEP)	148
Mammachirurgie	152
5.12 Mammachirurgie (18n1-MAMMA)	152
Pflege153	
5.13 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)	153
Pneumonie	155
5.14 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	155
Direkte QS-Verfahren.....	157
Herzchirurgie	162
5.15 Herzchirurgie (HCH-D).....	162
5.16 Aortenklappenchirurgie, isoliert	163
5.16.1 Zählleistungsbereiche: Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) (HCH-AORT-KATH).....	163
Transplantationsmedizin	165
Herz-/ Lungentransplantation	165
5.17 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen (HTXM-D).....	165
5.17.1 Herztransplantation (HTXM-TX).....	166
5.17.2 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU)	168
5.18 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	169
Lebertransplantation.....	170
5.19 Lebertransplantation (LTX)	170
5.20 Leberlebendspende (LLS)	172
Nieren-/ Pankreastransplantation.....	174
5.21 Nierenlebendspende (NLS)	174
5.22 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D) 175	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenverfahren mit Datenabgleich – EJ 2017	14
Tabelle 2: Ausgewählte Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich – EJ 2017..	16
Tabelle 3: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit.....	17
Tabelle 4: AKs zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule	20
Tabelle 5: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität	32
Tabelle 6: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW): Stichprobenumfang.....	38
Tabelle 7: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW): Ergebnisse	39
Tabelle 8: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK): Stichprobenumfang für den Datenabgleich	42
Tabelle 9: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK): Ergebnisse	43
Tabelle 10: Ergebnisse der Sensitivität und Spezifität zur Dokumentation der postoperativen Wundinfektion (DF 38).....	48
Tabelle 11: Ergebnisse der Sensitivität und Spezifität zur Dokumentation des Entlassgrundes (DF 61).....	49
Tabelle 12: Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich	51
Tabelle 13: Ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren mit einem hohen Anteil an wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten (links) und an wiederholten fehlerhaften Dokumentationen (rechts).....	74
Tabelle 14: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL.....	75
Tabelle 15: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV	76
Tabelle 16: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL.....	77
Tabelle 17: Ergebnisse zu dem Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT.....	78
Tabelle 18: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP.....	80
Tabelle 19: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH.....	81
Tabelle 20: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul NEO.....	83
Tabelle 21: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK	84
Tabelle 22: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HEP.....	86

Tabelle 23: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul KEP.....	88
Tabelle 24: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA.....	90
Tabelle 25: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul DEK.....	92
Tabelle 26: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNEU.....	95
Tabelle 27: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-CHIR.....	102
Tabelle 28: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH.....	103
Tabelle 29: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KCH.....	104
Tabelle 30: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KOMB.....	105
Tabelle 31: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX.....	106
Tabelle 32: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LUTX.....	108
Tabelle 33: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LTX.....	109
Tabelle 34: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNTX-D.....	110
Tabelle 35: Ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit mit einem hohen Anteil an wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten (links) und an wiederholten fehlerhaften Dokumentationen (rechts).....	125
Tabelle 36: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL.....	128
Tabelle 37: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW.....	129
Tabelle 38: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV.....	131
Tabelle 39: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL.....	132
Tabelle 40: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n5-DEFI-AGGW.....	134
Tabelle 41: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV.....	135
Tabelle 42: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT.....	137

Tabelle 43: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP	138
Tabelle 44: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH	139
Tabelle 45: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NEO	141
Tabelle 46: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK.....	144
Tabelle 47: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP	147
Tabelle 48: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP	150
Tabelle 49: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA	152
Tabelle 50: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul DEK	154
Tabelle 51: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul PNEU	155
Tabelle 52: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HCH-D.....	162
Tabelle 53: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH	164
Tabelle 54: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-D.....	165
Tabelle 55: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX	167
Tabelle 56: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-MKU	168
Tabelle 57: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LUTX	169
Tabelle 58: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LTX.....	171
Tabelle 59: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LLS	173
Tabelle 60: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NLS	174
Tabelle 61: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul PNTX-D	176

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Jeweiliger Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten zur Unter- und Überdokumentation, zum Minimaldatensatz und zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten an den datenliefernden Standorten pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul.....	23
Abbildung 2: Dokumentationsprobleme bei rechnerisch auffälligen QI-Ergebnissen nach QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen (EJ 2017).....	25
Abbildung 3: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL	29
Abbildung 4: Fehldokumentationsrate der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)	60
Abbildung 5: Fehldokumentationsrate der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum Auswertungsmodul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK).....	61
Abbildung 6: Fehldokumentationsrate des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum Auswertungsmodul Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)	62
Abbildung 7: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren.....	64
Abbildung 8: 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.....	65
Abbildung 9: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren	67
Abbildung 10: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten (1.) und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen (2.) pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren.....	69
Abbildung 11: Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, farblich gruppiert nach QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul.....	71
Abbildung 12: Anzahl der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation gegenüber den Standorten mit korrekter Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog für ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren mit einer hohen Rate an fehlerhaften Dokumentationen.....	72
Abbildung 13: Anzahl der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation gegenüber den Standorten mit korrekter Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog für ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren mit einer hohen Rate an korrekter Dokumentation.....	72

Abbildung 14: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren.....	96
Abbildung 15: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren.....	97
Abbildung 16: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren.....	99
Abbildung 17: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten (1.) und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen (2.) pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren.....	100
Abbildung 18: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren	115
Abbildung 19: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren.....	116
Abbildung 20: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren	118
Abbildung 21: 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	119
Abbildung 22: Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren, farblich gruppiert nach QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul.....	121
Abbildung 23: Anzahl der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation gegenüber den Standorten mit korrekter Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog für ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren mit einer hohen Rate an fehlerhaften Dokumentationen	122
Abbildung 24: Anzahl der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation gegenüber den Standorten mit korrekter Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog für ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren mit einer hohen Rate an korrekter Dokumentation	123
Abbildung 25: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit in den Auswertungsmodulen des QS-Verfahrensgebiet Herzschrillmacher und Defibrillatoren ..	126
Abbildung 26: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit in den QS-Verfahren des QS-Verfahrensgebietes Orthopädie/ Unfallchirurgie	143

Abbildung 27: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren	157
Abbildung 28: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren.....	158
Abbildung 29: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren	160
Abbildung 30: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten (1.) und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen (2.) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren	161

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums
ASA	American Society of Anesthesiologists
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Minimaldatensatz
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
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 2018 durchgeführten Datenvalidierung zum Erfassungsjahr (EJ) 2017 für die Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) der externen stationären Qualitätssicherung dargestellt. Im Rahmen des ersten Teils der Datenvalidierung, der Statistischen Basisprüfung, wurde die Validität der übermittelten QS-Daten bei Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern überprüft. Dabei wurden die Ergebnisse von insgesamt 55 Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität, Vollständigkeit und 102 AKs zur Vollzähligkeit analysiert und bewertet. Im Zuge des zweiten Teils, der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich, wurde in den 3 ausgewählten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)*, *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)* und *Koronarchirurgie, isoliert (KCH-HCH)* bei einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und Fällen die Übereinstimmung der übermittelten QS-Daten mit den Angaben in den Patientenakten vor Ort geprüft.

Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

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

Tabelle 1: Stichprobenverfahren mit Datenabgleich – EJ 2017

QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul	Anzahl geprüfter Standorte	Anzahl geprüfter Fälle	Anzahl ausgewählter Datenfelder
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)	48	612	17
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)	62	1.179	33
Koronarchirurgie, isoliert (KCH-HCH)	5	100	40

In den geprüften Krankenhäusern konnten Fehldokumentationen festgestellt werden, welche die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren (QIs) und der Risikoadjustierung zum Teil beeinflussen. Die Übereinstimmungsraten zwischen den Angaben aus der Patientenakte und der QS-Dokumentation variierten bei einigen Datenfeldern (DF) stark. Datenfelder mit der niedrigsten Übereinstimmungsrate in der Zweiterfassung sind in Tabelle 2 dargestellt.

Für das Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* beträgt die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder 93,4 %. Das Datenfeld *14 Ort der letzten Schrittmacher-OP* wies mit 9,8 % (60/612) den höchsten Anteil nicht ersichtlicher Angaben aus der Patientenakte unter allen betrachteten Datenfeldern dieses Auswertungsmoduls auf (vgl.

Anhang Kapitel 1). Die Datenfelder 21 *P-Wellen-Amplitude* und 27 *Linksventrikuläre Sonde* sind Datenfelder, für welche Messwerte eingegeben werden müssen (so wie die Datenfelder 19 bis 28). Die Übereinstimmungsrate aller Datenfelder für Messwerte lagen jeweils unter 87,0 % (ausgenommen die Pendanten der Datenfelder mit der Angabe „...nicht gemessen“) und scheinen eine Herausforderung für eine fehlerfreie Dokumentation darzustellen (vgl. Tabelle 7).

Für das QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* beträgt die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder 87,7 % und weist damit unter allen drei zweiterfassten Verfahren den höchsten Anteil an Fehldokumentationen auf. Die Dokumentation der *Wundinfektionstiefe* (DF 39), auch wenn insgesamt nur 7 Fälle für dieses Datenfeld dokumentiert werden mussten, war in 5 Fällen fehlerhaft. Ein weiteres in der Tabelle 2 dargestelltes Datenfeld (DF 31: *OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom*) mit niedriger Übereinstimmungsrate ist ebenfalls ein abhängiges Datenfeld, welches insgesamt nur für 21 Fälle dokumentiert werden musste. Ein Datenfeld, welches für alle zweiterfassten Fälle dieses OS-Verfahrens (n = 1.179) dokumentiert werden musste, ist die *Gehstrecke bei Aufnahme*, welche nur in 69,1 % der Fälle richtig dokumentiert wurde. Dies gilt auch für das Datenfeld *Gehhilfen bei Aufnahme*, für welches die Übereinstimmungsrate 73,3 % war. Für 168 Fälle wurden zu diesem Datenfeld (*Gehhilfen bei Aufnahme*) keine Angaben in der Patientenakte gefunden. Damit liegt der Anteil (14,3 %) unter allen geprüften Datenfeldern für nicht ersichtliche Datenfelder am höchsten (vgl. Anhang Kapitel 1). Insgesamt stellen die Datenfelder *Gehstrecke bei Aufnahme* (DF 18) oder *Gehstrecke bei Entlassung* (DF 58) sowie *Gehhilfen bei Aufnahme* (DF 19) oder *Gehhilfen bei Entlassung* (DF 59), aber auch *Pflegegrad bei Aufnahme* (DF 20) die Standorte vor große Herausforderungen für eine fehlerfreie Dokumentation (vgl. Tabelle 9).

Für das QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert* beträgt die bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder 95,2 %. Die in Tabelle 2 aufgeführten Datenfelder mit niedrigster Übereinstimmung sind jeweils abhängige Datenfelder, welche nicht für alle Fälle ausgefüllt werden mussten. So gab es beispielsweise für das Datenfeld *Schweregrad der Behinderung* bei vorliegenden neurologischen Erkrankungen nur eine einzige Übereinstimmung von nur 7 zu dokumentierenden Fällen. Datenfelder mit hoher Fehldokumentation, welche für alle 100 überprüften Fälle dokumentiert werden mussten, waren (DF 13) *klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz* (Übereinstimmungsrate = 74,0 %) und (DF 22) *Einstufungen nach ASA-Klassifikation* (Übereinstimmungsrate = 76,0 %; vgl. Tabelle 12).

Als Konsequenz aus den Ergebnissen der Datenvalidierung wurden zum Teil Zielvereinbarungen mit Krankenhäusern abgeschlossen. Erkenntnisse zu Verständnisproblemen bei Datenfeldern und Verbesserungsvorschläge für Ausfüllhinweise wurden an die zuständigen Bundesfachgruppen weitergeleitet. Somit werden einige Krankenhausstandorte im Rahmen des gezielten Datenabgleichs für das Erfassungsjahr 2018 erneut überprüft werden (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Tabelle 2: Ausgewählte Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich – EJ 2017

QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul	Datenfelder mit der niedrigsten Übereinstimmungsrate bundesweit	Übereinstimmungsrate Bundesweit (über alle einbezogenen Datenfelder auf Krankenhausstandortebene) ¹
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)	(DF 27): Linksventrikuläre Sonde Reizschwelle*: 82,4 % (14/17)	93,4 % (6.834/ 7.320)
	(DF 21): Vorhof P-Wellen-Amplitude*: 83,5 % (389/466)	
	(DF 14): Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff: 84,8 % (519/612)	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)	(DF 39): Wundinfektionstiefe*: 28,6 % (2/7)	87,7 % (17.107,8/19.508)
	(DF 18): Gehstrecke bei Aufnahme: 69,1 % (815/1179)	
	(DF 31): Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen, hier: OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom*: 71,4 % (15/21)	
	(DF 19): Gehilfen bei Aufnahme: 73,3 % (864/1.179)	
Koronarchirurgie, isoliert (KCH-HCH)	(DF 37): Neurologische Erkrankungen, hier: Schweregrad der Behinderung*: 14,3 % (1/7)	95,2 % (2.895/3.041)
	(DF 34): Sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)*: 63,2 % (12/19)	
	(DF 31 und 32): Periphere AVK und Arteria Carotis*: 68,4 % (13/19)	

Min. = Minimum; Max. = Maximum

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.

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

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien insgesamt

Im Erfassungsjahr 2017 lieferten 1.888 Krankenhausstandorte Daten für die indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule und 112 Standorte Daten für die direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule.

Zusammen traten bei allen datenliefernden Standorten 2.238 rechnerische Auffälligkeiten bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit auf (Tabelle 3). Bei 647 rechnerischen Auffälligkeiten (29,0 %) wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, sondern lediglich Hinweise verschickt, sodass letztlich nicht beurteilt werden kann, ob Fehldokumentationen vorlagen oder nicht vorlagen.

Tabelle 3: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse zum EJ 2017

	AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (Anzahl und Anteil)	AKs zur Vollzähligkeit (Anzahl und Anteil)	Gesamt (Anzahl und Anteil)
Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien*	33.510	63.216	96.726
Datenliefernde Standorte (alle QS-Verfahren und Auswertungsmodule)	1.578	1.805	1.888** (100 %)
Rechnerische Auffälligkeiten (Der Anteil bezieht sich auf 100 % der rechnerischen Auffälligkeiten)			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1.019 (45,5 %)	1.219 (54,5 %)	2.238 (100 %)
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2016	153 (-)	259 (-)	412 (-)
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2016 und EJ 2015	32 (-)	78	100 (-)
Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten)			
Keine Maßnahme ergriffen	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Hinweise verschickt	165 (16,2 %)	482 (39,5 %)	647 (28,9 %)
Stellungnahmen angefordert	854 (83,8 %)	737 (60,5 %)	1.591 (71,1 %)
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	7 (-)	1(-)	8 (-)
Begehung	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Zielvereinbarung	43 (-)	46 (-)	89 (-)
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog (Der Anteil bezieht sich auf die Stellungnahmen)			

	AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (Anzahl und Anteil)	AKs zur Vollzähligkeit (Anzahl und Anteil)	Gesamt (Anzahl und Anteil)
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	306 (35,8 %)	104 (14,1 %)	410 (25,8 %)
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	513 (60,1 %)	542 (73,5 %)	1.055 (66,3 %)
Sonstiges [S90, S91, S99]	35 (4,1 %)	91 (12,4 %)	126 (7,9 %)
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation (Der Anteil bezieht sich auf die fehlerhaften Dokumentationen)			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	73 (14,2 %)	140 (25,8 %)	213 (20,2 %)
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	13 (2,5 %)	14 (2,6 %)	27 (2,6 %)

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

** Es gab insgesamt 1.888 datenliefernde Standorte. Standorte können für mehrere Auffälligkeitskriterien Daten geliefert haben.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2017 gab es bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit insgesamt 1.019 rechnerische Auffälligkeiten (Tabelle 3). In 16,2 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise verschickt (n = 165), sodass nicht beurteilt werden kann, ob es sich hierbei um Dokumentationsfehler handelte. Von den 83,8 % angeforderten Stellungnahmen (n = 854) wurde in 60,1 % eine fehlerhafte Dokumentation (n = 513) festgestellt. 73 dieser Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2016 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Indirekte QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule:

Bezüglich der Anteile der rechnerischen Auffälligkeiten wurde das AK 850148 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK ermittelt, welches mit 84,5 % den größten Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten aufwies. Den höchsten absoluten Wert für rechnerische Auffälligkeiten wies das AK 850147 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK auf mit 76 Standorten auf. Für das AK 850149 aus dem Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK sowie für das AK 850206 im Auswertungsmodul *Neonatologie* (NEO) konnten mit jeweils 8,3 % und 6,1 % weitere hohe Anteile von rechnerischen Auffälligkeiten an den jeweiligen datenliefernden Standorten festgestellt werden. Das AK 811827 aus dem Auswertungsmodul *Ambulant erworbene Pneumonie* (PNEU) wies mit 0,1 % den kleinsten Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten auf.

Fehlerhafte Dokumentationen, die nach dem Strukturierten Dialog vorlagen konnten in den Auswertungsmodulen *Dekubitusprophylaxe* (DEK) und 17n1-HÜFT-FRAK mit besonders vielen Standorten (absoluter Wert) bescheinigt werden. Dies betraf die AKs: DEK AK-ID 850361: 48 Standorte, DEK AK-ID 850359: 46 Standorte, 17n1-HÜFT-FRAK AK-ID 850147: 35 Standorte.

Bei den folgenden AKs wurde die Bewertung auf Grundlage der Stellungnahmen in über 85 % als fehlerhaft eingestuft:

- *Knieendoprothesenversorgung* (KEP): AK-ID 850305 (91,6 %; 11 von 12 Stellungnahmen)
- *Mammachirurgie* (18n1-MAMMA): AK-ID 850372 (88,8 %; 16 von 18 Stellungnahmen)
- *Dekubitusprophylaxe* (DEK): AK-ID 850359 (90,2 %; 46 von 51 Stellungnahmen)

Im Stellungnahmeverfahren zum AK 811821 des Auswertungsmoduls PNEU lag bei nur einem von 17 Standorten (5,9 %) tatsächlich eine fehlerhafte Dokumentation vor.

Bezieht man die fehlerhaften Dokumentationen auf die Anzahl der datenliefernden Standorte, wurde der höchste Anteil für die AKs im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK im Vergleich zu allen anderen Auswertungsmodulen festgestellt. Absteigend sortiert wiesen die AKs der Auswertungsmodule 18n1-MAMMA, DEK und NEO die nächst höheren Anteile fehlerhafter Dokumentationen an den datenliefernden Standorten auf. Für das Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09n4-DEFI-IMPL) und auch für das Auswertungsmodul PNEU zeigten die Standorte im Vergleich zwischen den AKs aller Auswertungsmodule wenig fehlerhafte Dokumentationen.

Im Vergleich zwischen den AKs weist das AK 850359 aus dem Auswertungsmodul DEK die häufigsten wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten auf. Es lagen hier 14 Standorte vor, die seit dem Erfassungsjahr 2016 und 7 Standorte vor, die bereits seit dem Erfassungsjahr 2015 rechnerisch auffällig gewesen sind. Im Zusammenhang ist zu erkennen, dass sich die wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsmodul DEK (AK-IDs 850359, 850361) auch als wiederholte fehlerhafte Dokumentation erwiesen haben.

Direkte QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule:

Im Vergleich zu allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen hatten Standorte hinsichtlich des AK 811809 im Auswertungsmodul *Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell Chirurgisch)* (HCH-AORT-CHIR) sowie der AKs 850301 und 850300 im Auswertungsmodul Lebertransplantation (LTX) die höchsten Anteile von rechnerischen Auffälligkeiten an den jeweiligen datenliefernden Standorten. Auch wenn die absoluten rechnerischen Auffälligkeiten mit 5 und jeweils 2 Standorten nicht häufig erscheinen, bilden sie relativ jeweils über 8 % der datenliefernden Standorte ab.

Für vier AKs wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt: *Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)* (HCH-AORT-KATH) AK-ID 850353 und AK-ID 850283 sowie *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* (HCH-KOMB) AK-ID 850354 und AK-ID 850374. Im Gegensatz dazu bestätigte jeder Standort im

Strukturierten Dialog für das AK 850371 im Auswertungsmodul HCH-AORT-CHIR, im Auswertungsmodul LTX für die AKs 850300 und 850301 sowie im Auswertungsmodul *Lungen- und Herzlungentransplantation* (LUTX) für das AK 850304 korrekte Dokumentationen.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2017 gab es bei den AKs zur Vollständigkeit insgesamt 1.219 rechnerische Auffälligkeiten (Tabelle 3). Der Anteil an versendeten Hinweisen lag mit ca. 40 % bei den AKs zur Vollständigkeit 2,5-mal so hoch im Vergleich zum Versand von Hinweisen bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit. Von den in ca. 60 % der rechnerischen Auffälligkeiten angeforderten Stellungnahmen (n = 737) bestätigten 73,5 % eine fehlerhafte Dokumentation (n = 542). 140 dieser Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2016 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Im Erfassungsjahr 2017 waren 332 Standorte in den AKs zur Unterdokumentationen, 78 Standorte in den AKs zur Überdokumentation und 118 Standorte in den AKs zum Minimaldatensatz (MDS) rechnerisch auffällig (vgl. Tabelle 4). Der Anteil der festgestellten zu wenig oder zu viel gelieferten Datensätze an den angeforderten Stellungnahmen liegt bei den AKs zur Unterdokumentation bei 81,9 %, bei den AKs zur Überdokumentation bei 85,7 % und bei den AKs zum MDS bei 41,1 %. In durchschnittlich 36,0 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurden bei diesen 3 AKs zur Vollständigkeit jeweils Hinweise verschickt und kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, sodass nicht beurteilt werden kann, ob hier tatsächlich unvollständige Dokumentationen vorlagen.

Tabelle 4: AKs zur Vollständigkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2017

	AKs zur Unterdokumentation	AKs zur Überdokumentation	AKs zum Minimaldatensatz
Datenliefernde Standorte (alle QS-Verfahren und Auswertungsmodule)	1.805	1.805	1.805
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	332	78	118
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	39	13	19
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	9	3	2
Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten)			
Keine Maßnahmen ergriffen	-	-	-
Hinweise	116 (34,9%)	29 (37,2 %)	45 (38,1 %)

	AKs zur Unterdokumentation	AKs zur Überdokumentation	AKs zum Minimaldatensatz
Stellungnahmen angefordert	216 (65,1 %)	49 (62,8 %)	73 (61,9 %)
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechungen	-	1	-
Begehungen	-	-	-
Zielvereinbarungen	4	1	2
Bewertung nach Strukturiertem Dialog (Der Anteil bezieht sich auf die Stellungnahmen)			
Korrekte Dokumentation (U30, U99)	17 (7,9 %)	5 (10,2 %)	41 (56,2 %)
Fehlerhafte Dokumentation (A40, A42, A99)	177 (81,9 %)	42 (85,7 %)	30 (41,1 %)
Sonstiges (S99, S91; S99)	22 (10,2 %)	2 (4,1 %)	2 (2,7 %)
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen (Der Anteil bezieht sich auf die fehlerhaften Dokumentationen)			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	24 (13,6 %)	9 (21,4 %)	3 (10,0 %)
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	4 (2,3 %)	1 (2,4 %)	0 (0,0 %)

Hinweis: Zählleistungsbereiche und GKV-Patientinnen und -Patienten zur Unterdokumentation sind bei den hier betrachteten AKs ausgeschlossen.

Differenziert nach QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen zeigt Abbildung 1 in Bezug auf die Anteile der rechnerisch auffälligen Standorte an den datenliefernden Standorten für das Erfassungsjahr 2017, dass in der AK-Kategorie Unterdokumentation der höchste Anteil im Auswertungsmodul *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen (HTXM-D)* mit 11,9 % vorliegt. Den niedrigsten Anteil an unterdokumentierenden Standorten wiesen die Auswertungsmodule *Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)* und *Nierenlebenspende (NLS)* mit 0,0 % auf.

Bei den AKs zur Überdokumentation steht hingegen das Auswertungsmodul NEO an erster Stelle mit einem Anteil rechnerisch auffälliger Standorte in Höhe von 2,2 %. An letzter Stelle steht das Auswertungsmodul *Herzschrittmacher- Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-*

REV) zusammen mit den direkten Auswertungsmodul *Herzchirurgie* (HCH-D), *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen* (HTXM-D), *Leberlebendspende* (LLS), *Lebertransplantation* (LTX), *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* (LUTX), *Nierenlebendspende* (NLS) und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation* (PNTX-D) mit jeweils 0,0 %.

Für die AKs zum Minimaldatensatz (MDS) zeigt sich, dass das Auswertungsmodul NEO mit 5,9 % den höchsten Anteil rechnerisch auffälliger Standorte an datenliefernde Standorten aufweist. Jeweils keine rechnerisch auffälligen Standorte bezüglich der AKs zum MDS weisen hingegen die Auswertungsmodule *Pflege: Dekubitusprophylaxe* (DEK) und *Herzchirurgie* (HCH-D) auf.

Abbildung 1 bildet zudem einen Vergleich zwischen den AK-Kategorien innerhalb eines Auswertungsmoduls ab. Dabei ist der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten in allen Auswertungsmodulen, in denen dieses AK überprüft wird (09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV, HEP, KEP), für die Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten am größten. In allen anderen Auswertungsmodulen, unter Ausnahme von NEO, ist der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten von Unterdokumentationen an den datenliefernden Standorten jeweils am größten. Im Auswertungsmodul NEO ist der Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten von Minimaldatensätzen überdurchschnittlich hoch. Hier sei darauf hingewiesen, dass dieses AK zum Erfassungsjahr 2017 erstmalig eingeführt wurde.

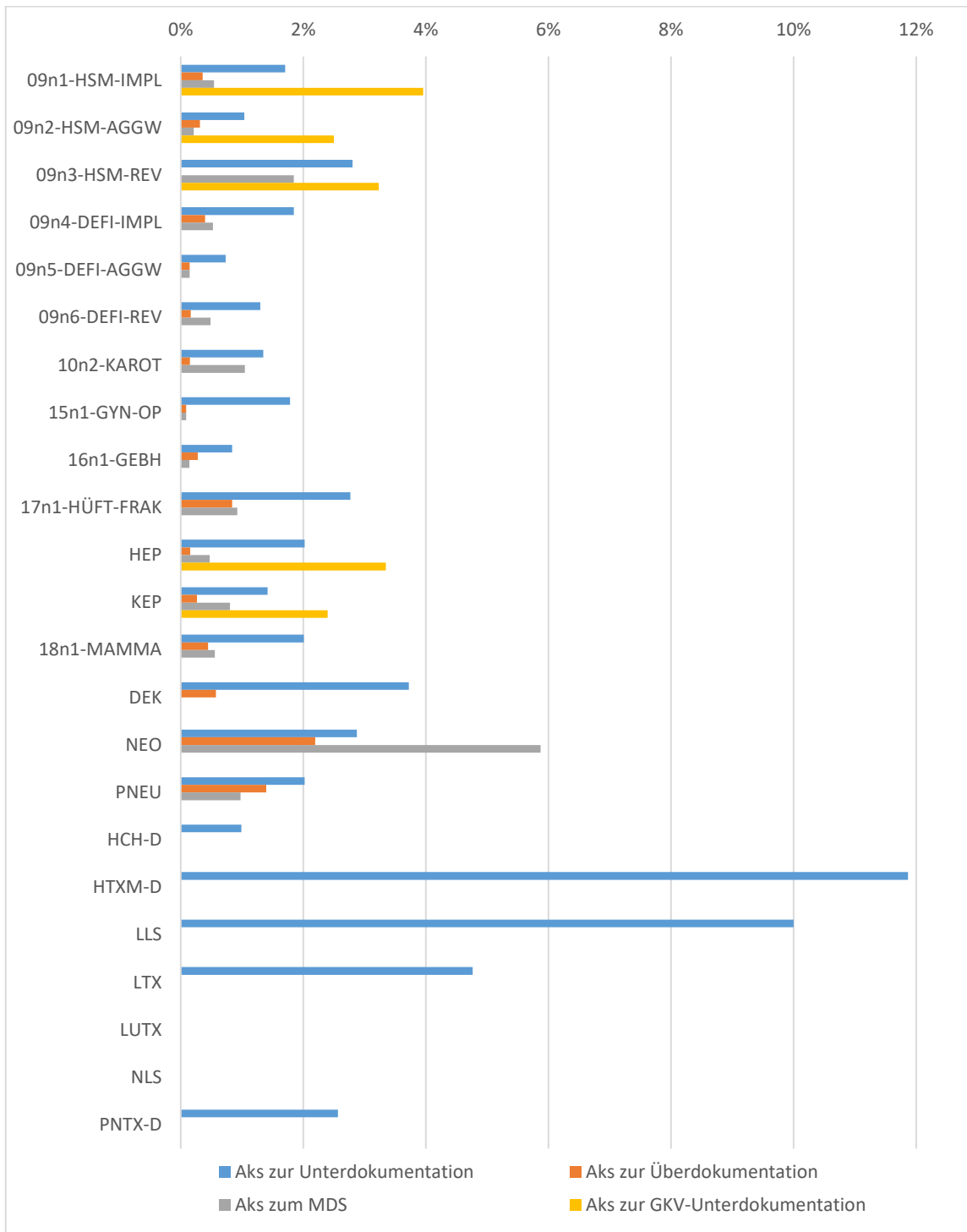


Abbildung 1: Jeweiliger Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten zur Unter- und Überdokumentation, zum Minimaldatensatz und zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten an den datenliefernden Standorten pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul.

Hinweis: Zuordnung der Abkürzungen (Kurz- und Langform) der QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule siehe Anhang.

Ergebnisse zu den Dokumentationsproblemen bei den Qualitätsindikatoren

Im Erfassungsjahr 2017 gab es über alle Versorgungsbereiche insgesamt 11.413 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren (QIs). Zu diesen rechnerischen Auffälligkeiten bei den QIs wurden 7.229 Stellungnahmen (63,3 %) angefordert. Rechnerische Auffälligkeiten können nur mit einer Ergebniseinstufung belegt werden, wenn eine Stellungnahme des Krankenhausstandortes vorliegt. Für die Datenvalidierung sind die Ergebniseinstufungen der QI-Ergebnisse D50, D51, D99 und U33 interessant: D50: „Unvollständige oder falsche Dokumentation“; D51: „Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht“; D99: „Sonstiges“ und U33: „Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsfehler)“.

Insgesamt 852 rechnerische Auffälligkeiten wurden eingestuft mit „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ (D50, D51 oder D99). Dies ist ein Anteil von 7,5 % an allen rechnerischen Auffälligkeiten und ein Anteil von 11,8 % an den angeforderten Stellungnahmen. Dies bedeutet, dass in 11,8 % bei den rechnerischen Auffälligkeiten mit angeforderter Stellungnahme zu einem QI nur eine eingeschränkte Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität möglich ist. Der höchste Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen Stellungnahmen angefordert wurden, bei denen keine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität aufgrund von Dokumentationsmängeln (D50, D51, D99) möglich war, finden sich bei den direkten Auswertungsmodulen: HCH-KOMB (22,2 %; 4 von 18 Stellungnahmen) und HCH-AORT-CHIR (21,1 %; 4 von 19 Stellungnahmen). Bei den indirekten Auswertungsmodulen liegt der Anteil in den Auswertungsmodulen DEK mit 19,6 % (116 von 593 Stellungnahmen) und KEP mit 19,4 % (103 von 530 Stellungnahmen) am höchsten.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bei den QI-Ergebnissen, die als qualitativ unauffällig bezüglich der Versorgungsqualität bei vereinzelten Dokumentationsproblemen (U33) bewertet wurden, liegt bei 862. Dies ist ein Anteil von 7,6 % bezogen auf die 11.413 rechnerischen Auffälligkeiten und von 11,9 % bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen. Bei einer nach Versorgungsbereichen differenzierten Betrachtung zeigt Abbildung 2, dass die höchsten Anteile der vereinzelten Dokumentationsprobleme (U33) an den Stellungnahmen bei den direkten Auswertungsmodulen mit 16,7 % bei NLS (6 von 36 Stellungnahmen) und 16,3 % bei HTXM-MKU (8 von 49 Stellungnahmen). Bei den indirekten Auswertungsmodulen liegt der Anteil mit 20,2 % bei 09n4-DEFI-IMPL (70 von 347 Stellungnahmen) und mit jeweils 17,7 % bei KEP und bei DEK (94 von 530 Stellungnahmen und 105 von 593 Stellungnahmen) am höchsten.

Nimmt man die Werte zu Dokumentationsfehlern, also die Einstufungen D50, D51, D99 und U33, zusammen und bezieht diese auf die Stellungnahmen, ist bei 23,7 % der QI-Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt worden, grob gerundet also bei jeder vierten Stellungnahme zu einem auffälligen QI. Bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wären es mit 15,1 % bei jeder siebten, was mit dem Vorjahr vergleichbar ist (EJ 2016: 15,2 %). Für diesen Anteil fehdokumentierter Daten ist damit nur eine eingeschränkte Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität möglich.

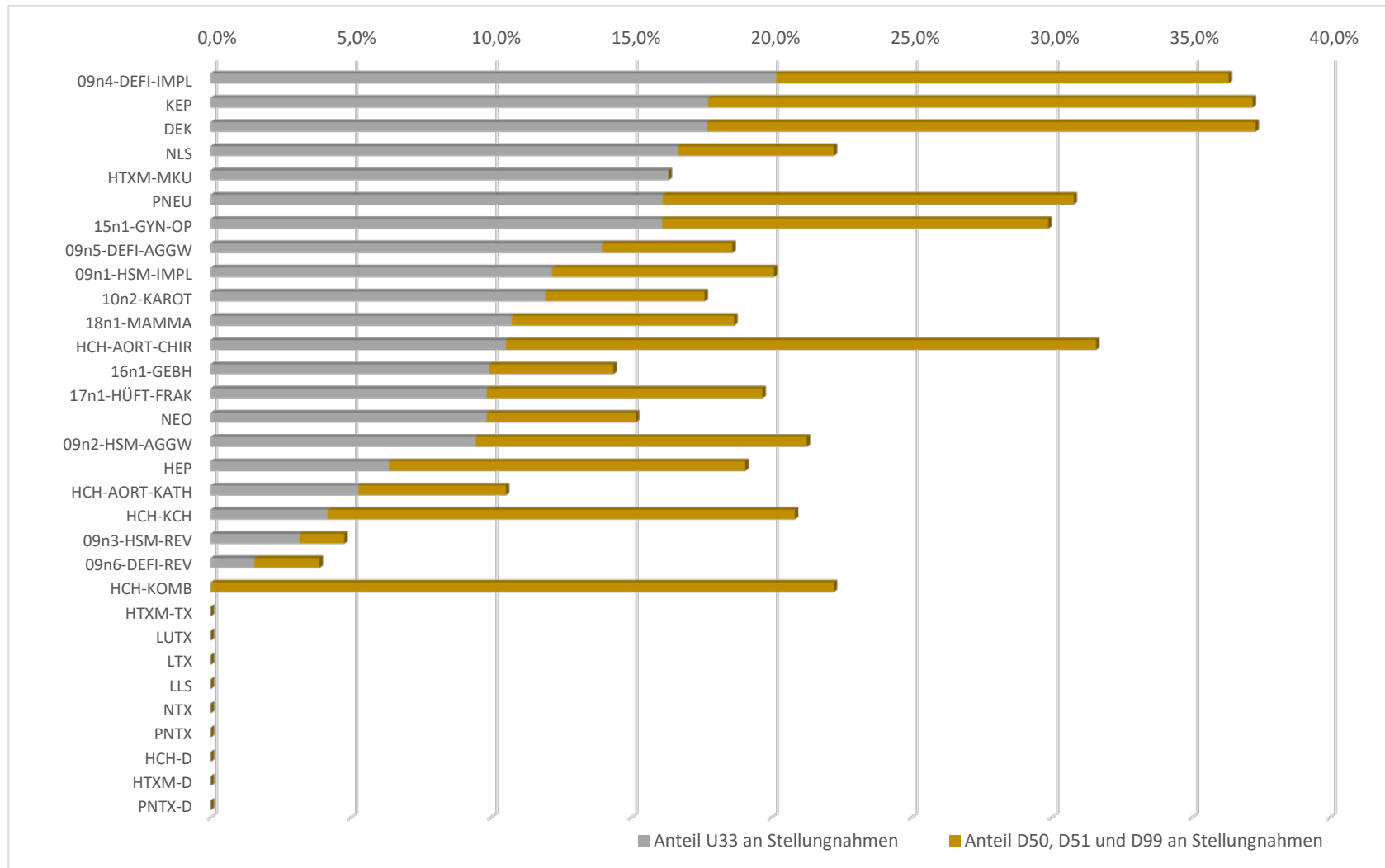


Abbildung 2: Dokumentationsprobleme bei rechnerisch auffälligen QI-Ergebnissen nach QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen (EJ 2017).

Fazit und Ausblick

Fehler in der QS-Dokumentation werden primär über AKs der Dokumentationsqualität identifiziert und ggf. im Strukturierten Dialog analysiert. Aber auch im Strukturierten Dialog zu den QIs 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. Einen weiteren Schritt zur Hervorhebung der Wichtigkeit der Dokumentationsqualität hat der G-BA am 9. März 2019 mit der partiellen Verabschiedung des Konzepts des IQTIG zur Entwicklung von Kriterien und Anhaltspunkten für den gezielten Datenabgleich nach § 9 QSKH-RL vorgenommen. Standorte mit besonders häufigen Dokumentationsfehlern werden fortan im Folgejahr erneut überprüft oder bei erheblich häufigen Dokumentationsfehlern dem Lenkungsgremium auf Landesebene bzw. dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA mitgeteilt. Das Konzept zum gezielten Datenabgleich wird im Jahr 2019 durch das IQTIG finalisiert werden. Es sollen zukünftig auch Standorte, die neben häufigen Dokumentationsfehlern auch besonders relevante Dokumentationsfehler vorliegen haben oder wiederholte rechnerische Auffälligkeiten verzeichnen, überprüft werden.

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 30,0 % 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 66,0 % der angeforderten Stellungnahmen ergibt, ein zu hoher Anteil, für den die Dokumentationsqualität nicht bewertet werden kann. Auch die identifizierten Dokumentationsmängel, aufgrund derer die Versorgungsqualität anhand der QIs nicht bewertet werden konnte, liegen mit 23,7 % der bewerteten Stellungnahmen sehr hoch. Insgesamt zeigt die Anzahl bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs und die hohe Anzahl an QI-Ergebnissen, die wegen Fehldokumentation nicht bewertet werden konnten, dass weiterhin eine kritische Validierung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung erforderlich ist und diese zukünftig noch umfassender, gezielter und konsequenter durchgeführt werden sollte.

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht über die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) bezieht sich auf die QS-Daten des Erfassungsjahres 2017 (EJ 2017). Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich dazu fanden im Jahr 2018 statt.

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Datenvalidität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert (vgl. § 9 QSKH-RL). Die QS-Daten wurden auf Plausibilität und Vollständigkeit in allen QS-Verfahren 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.

Im Jahr 2018 fand eine umfassende Datenvalidierung in den Auswertungsmodulen *Herzschritmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)*, *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)* und *Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)* 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. Bei der Auswahl der Datenfelder gilt, dass mindestens alle Datenfelder abzugleichen sind, die in die Berechnung der QIs des jeweiligen Verfahrens bzw. Auswertungsmoduls eingehen (§ 9 Abs. 4 Satz 4 QSKH-RL).

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

2 Methodik

Das jährlich stattfindende Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL dient dazu, die Validität der QS-Daten einzuschätzen, die Krankenhausstandorte für die Notwendigkeit einer korrekten, vollständigen und vollzähligen Dokumentation zu sensibilisieren und zu schulen sowie Erkenntnisse für Verbesserungen der Spezifikation zu sammeln (z. B. Präzisierung der Ausfüllhinweise, Gestaltung von Datenfeldern, Präzisierung des QS-Filters). Eine valide Dokumentationsqualität ist Voraussetzung für eine ausreichende Aussagekraft der QIs. 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 QS 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 3 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 nur ausgewählten QS-Verfahren. Der gezielte Datenabgleich beinhaltet bisher eine erneute Überprüfung bei auffälligen Ergebnissen aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich im Folgejahr.

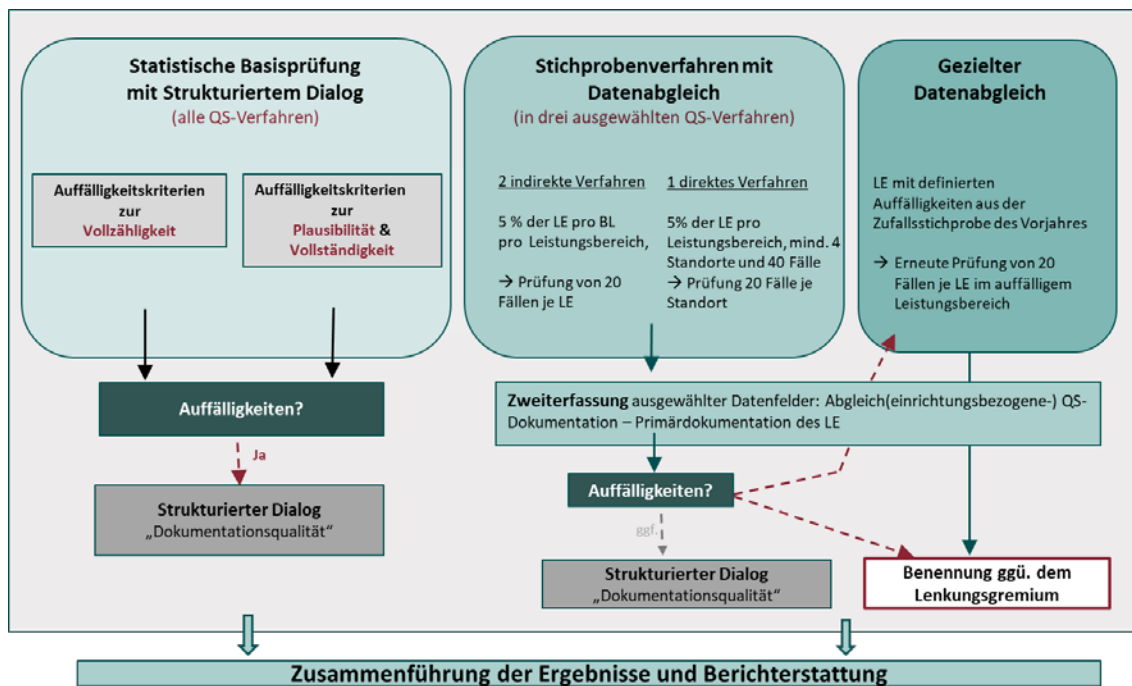


Abbildung 3: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL (Stand EJ 2019)

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturierem Dialog

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

Die Methodik des Strukturierem Dialogs ist ausführlich im aktuellen „Bericht zum Strukturierem Dialog“ beschrieben.¹ Das Ziel der Statistischen Basisprüfung mit Strukturierem 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 zwei Gruppen unterteilen lassen: AKs zur Vollzähligkeit und AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit. Bei der Neuentwicklung und Evaluation von AKs durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) werden externe Expertinnen und Experten beratend hinzugezogen (Projektgruppe Datenvalidierung).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Die AKs zur Vollzähligkeit werden seit dem EJ 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; Transplantationsmedizinverfahren ≥ 100 %) und ein AK zur Überdokumentation (Referenzbereich ≤ 110 % pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul) berechnet. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHS) sieht vor, dass eine Dokumentationsrate

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

unter 100 % sanktioniert werden soll, wie es im Versorgungsbereich Transplantationsmedizin bereits der Fall ist (bislang geschah dies erst bei einer Dokumentationsrate von unter 95 %). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daher in § 24 QSKH-RL Regelungen zum Umgang mit Unterdokumentation festgelegt, die ab dem EJ 2018 für die Krankenhäuser unmittelbar verpflichtend sind. In seinem Beschluss vom 22.03.2019 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/3739/>) wurde das Vorgehen weiter konkretisiert. Demnach kann sich ein Krankenhaus bei Unterdokumentation auf Unverschulden berufen. Hierzu muss das Krankenhaus gegenüber der LQS bzw. dem IQTIG eine Begründung für sein Unverschulden abgeben. Dies muss für das EJ 2018 bis zum 30.06.2019 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.

In Bezug auf die Referenzbereiche der AKs zur Unterdokumentation bleiben diese für EJ 2018 jedoch zunächst bei den o.g. Referenzbereichen für die direkten und indirekten Verfahren. Eine Anpassung ist jedoch vorgesehen und soll entsprechend im G-BA beraten werden.

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. Ab dem EJ 2017 gibt es auch im QS-Verfahren *Neonatologie* das AK zum MDS. 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. Minimaldatensätze können nicht zur Berechnung von QIs 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 AK zur Plausibilität entwickelt. AK, die sich im Jahr ihrer Erstanwendung bewährt haben, kommen seit dem EJ 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 sich auf den Quotienten aus Zähler und Nenner oder die Anzahl im Zähler beziehen. Zudem kön-

nen 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, der diesen auf die rechnerische Auffälligkeit aufmerksam macht, ohne eine Erläuterung anzufordern (vgl. § 11 QSKH-RL). Daher ist in solchen Fällen dann keine Bewertung der Auffälligkeit mehr möglich, die rechnerisch auffällige Sachlage bleibt ungeklärt.
3. Keine Maßnahme: In begründeten Ausnahmefällen kann von einer Maßnahme abgesehen werden.
4. Sonstiges: Es wurden abweichende Maßnahmen eingeleitet, welche im Kommentar erläutert werden müssen.

In der Regel sollte bei einer rechnerischen Auffälligkeit in Bezug auf die Dokumentationsqualität eine schriftliche Stellungnahme von dem betreffenden Leistungserbringer angefordert werden. In dieser wird der Leistungserbringer darum gebeten, die Dokumentation der auffälligen Fälle zu überprüfen und das Ergebnis der Überprüfung der zuständigen Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) bzw. dem IQTIG schriftlich mitzuteilen. Zu diesem Zweck wird allen auffälligen Leistungserbringern – sofern möglich – eine Liste mit den auffälligen Fällen übermittelt, bei denen eine fehlerhafte Dokumentation vermutet wird. Der Leistungserbringer hat für die entsprechenden Datenfelder (z. B. anhand der Angaben in der Patientenakte) die Korrektheit der Dokumentation selbst zu überprüfen und das Resultat zurückzumelden. Schließlich werden die Leistungserbringer im Rahmen des Anschreibens auch darum gebeten, bei Mängeln in der Dokumentation eigene Vorschläge zur Optimierung der Dokumentation zu machen bzw. die Maßnahmen zu benennen, die sie bereits eingeleitet haben. Das Antwortschreiben der Leistungserbringer wird den zuständigen Fachgruppen auf Bundes- oder Landesebene zur Diskussion und Bewertung vorgelegt. Wenn die Erläuterungen zu den rechnerischen Auffälligkeiten für die Fachexperten nachvollziehbar und schlüssig sind, werden die Leistungserbringer darüber informiert und der Strukturierte Dialog ist abgeschlossen. Falls ein Antwortschreiben jedoch Fragen offenlässt bzw. weiterer Klärungsbedarf besteht, so wird im derzeitigen Verfahren der jeweilige Leistungserbringer um eine Präzisierung gebeten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines persönlichen kollegialen Gesprächs mit der zuständigen Fachgruppe, einer Vereinbarung von konkreten Zielen oder einer Begehung der entsprechenden Einrichtung.

2.1.3 Bewertung der Datenvalidität

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 5 beinhaltet die Bewertungskategorien, die im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern zu den AKs zur Anwendung kommen.

Tabelle 5: 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 QIs bzw. die Risikoadjustierung

von Bedeutung sind oder bei denen sich im Strukturierten Dialog zu den QIs Dokumentationsprobleme gezeigt haben oder solche vermutet werden.

Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich findet jährlich in der Regel in 3 ausgewählten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen statt. 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 eines QIs mit besonderem 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 die Auswahl der zu prüfenden Datenfelder durch das IQTIG werden externe Expertinnen und Experten in einer Projektgruppe Datenvalidierung beratend hinzugezogen. Die Projektgruppe Datenvalidierung setzt sich aus Expertinnen und Experten aus dem Bereich Dokumentationsqualität der Landesgeschäftsstellen für QS, dem Gesetzliche Krankenversicherung-Spitzenverband, 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.

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 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 fehdokumentierten Information für die QS – gibt einen Hinweis auf ein grundsätzliches Defizit in Bezug auf die Qualität der QS-Dokumentation. Bei ausbleibenden Maßnahmen ist es wahrscheinlich, dass auch in Zukunft viele Dokumentationsfehler auftreten werden.

Deshalb ist das Ziel des gezielten Datenabgleichs eine erneute Überprüfung der Dokumentationsqualität des entsprechenden Krankenhausstandortes mit häufig auftretenden Dokumentationsfehlern im Folgejahr. 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 häufig* oder *erheblich häufige* 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). Daher wird ein statistisches Verfahren angewandt, um ausgehend von der Fehldokumentationsrate in der Stichprobe eine Entscheidung über das Vorliegen häufiger Dokumentationsfehler eines Krankenhausstandortes insgesamt zu treffen (Berücksichtigung der Stichprobenunsicherheit).

Liegen erheblich häufige Dokumentationsfehler vor, erfolgt eine Entanonymisierung gegenüber dem Lenkungsgremium auf Landesebene bzw. dem Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (UA QS). Gemäß § 9 Abs. 10 QSKH-RL erfolgt für **das EJ 2017 noch keine Offenlegung** gegenüber dem Lenkungsgremium auf Landesebene/UA QS für erhebliche Dokumentationsfehler. Die Standorte für die Auswertungsmodule *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)* und *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)* werden in einer Übergangsregelung in den gezielten Datenabgleich für das EJ 2018 eingeschlossen.

Für die Krankenhausstandorte zur Überprüfung im gezielten Datenabgleich werden wie für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich gemäß § 9 Absatz 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.

2.2.3 Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich und des gezielten Datenabgleichs

Je nach QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul (direkt oder indirekt) wird die Zweiterfassung in den Krankenhausstandorten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der LQS bzw. des IQTIG 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 Medizinischer 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 QIs 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 QIs erfolgt die Bewertung der Datenvalidität für jedes Datenfeld separat (vgl. Kapitel 3 und Anhang Kapitel 1). 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.

Zur 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 zur Bewertung der Datenvalidität besteht in der Abhängigkeit von der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Ereignisses (Prävalenz). Das heißt, je häufiger ein bestimmtes Ereignis auftritt, desto wahrscheinlicher ist es, dass es in der QS-Dokumentation zufällig korrekt dokumentiert ist.

Für jeden Standort wird 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 der Erstüberprüfung er-

hebliche 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, s.o.).

Bei der Bewertung der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich ist zu unterscheiden zwischen der Ebene des geprüften QS-Verfahrens bzw. des Auswertungsmoduls (verfahrensbezogene Bewertung der Datenvalidität und des Handlungsbedarfs) und der Ebene der geprüften Krankenhausstandorte (leistungserbringerbezogene Bewertung der Dokumentationsqualität und des Handlungsbedarfs).

3 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Für das EJ 2017 hat der G-BA ein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich in den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)*, *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)* und *Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)* beschlossen. In die Berechnung der Übereinstimmungsraten werden Fälle, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ angegeben wurde, nicht mehr aus der Grundgesamtheit herausgerechnet. Bei der Darstellung der Ergebnisse fehlen in diesem Jahr die Ergebnisse zu Sensitivität und Spezifität zu den Datenfeldern im Anhangsdokument. Der Anteil an Unter- oder Überdokumentationen zugunsten oder zuungunsten des Krankenhausstandortes kann nicht nur anhand der dargestellten Übereinstimmungsrate abgeleitet werden. Diese Analyse wurde dennoch beispielhaft für zwei wichtige Datenfelder des Auswertungsmoduls Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung vorgenommen und wird für zu prüfende Datenfelder im Bericht 2020 (EJ 2018) wieder Bestandteil sein. Die Ergebnisse sind im Folgenden für die 3 Auswertungsmodule separat dargestellt.

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

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und Fälle für den Datenabgleich zu den Daten des EJ 2017 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* QS-Daten für das EJ 2017 geliefert haben, zufällig ausgewählt. Ausgeschlossen wurden nach Vorgabe der QSKH-RL Krankenhausstandorte mit weniger als 4 Fällen. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben und mit der QS-Dokumentation abgeglichen. Bei der Ziehung der Fälle je Standort wurde eine zufällige Auswahl getroffen.

Es wurden insgesamt 17 Datenfelder des Erhebungsbogens *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich einbezogen.

3.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden 48 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 612 Fallakten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Es musste bundesweit nur auf 5 Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden. Tabelle 6 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und geprüften Fälle je Bundesland dar, welche in das Stichprobenverfahren einbezogen wurden.

Tabelle 6: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW): Stichprobenumfang für den Datenabgleich

Bundesland	besuchte Krankenhausstandorte	geprüfte Fälle
Baden-Württemberg (BW)	4	40
Bayern (BA)	6	81
Berlin (BE)	2	29
Brandenburg (BB)	2	28
Bremen (HB)	1	4
Hamburg (HH)	1	4
Hessen (HE)	3	34
Mecklenburg-Vorpommern (MV)	2	19
Niedersachsen (NI)	4	62
Nordrhein-Westfalen (NW)	5	WL = 77
	6	NO = 78
Rheinland-Pfalz (RP)	3	22
Saarland (SL)	1	9
Sachsen-Anhalt (ST)	2	26
Sachsen (SN)	3	52
Schleswig-Holstein (SH)	1	7
Thüringen (TH)	2	40
Gesamt	48	612

3.1.2 Ergebnisse des Datenabgleichs

Die bundesweite Übereinstimmungsrate (über alle einbezogenen Datenfelder auf Krankenhausstandortebene) lag bei 93,4 % (Tabelle 2). Es zeigten sich bei 6 von 48 geprüften Standorten eine komplett fehlerfreie Dokumentation mit 100-prozentiger Übereinstimmung. Alle 48 Standorte zusammen haben 2 Datenfelder komplett fehlerfrei dokumentiert. Die niedrigste Übereinstimmung für dieses geprüfte Auswertungsmodul lag bei einem Standort mit 71,0 %.

Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern über alle Standorte.

Tabelle 7: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 13) Indikation zum Aggregatwechsel	99,7 %	(610/612)
(DF 14) Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	84,8 %	(519/612)
(DF 17) Dauer des Eingriffs	93,3 %	(571/612)
(DF 18) System	100,0 %	(612/612)
➤ (DF 19) Vorhof: Reizschwelle	85,4 %	(392/459)
➤ (DF 20) Vorhof: Reizschwelle nicht ge- messen	97,8 %	(449/459)
➤ (DF 21) Vorhof: P-Wellen-Amplitude	83,5 %	(389/466)
➤ (DF 22) Vorhof: P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	97,4 %	(454/466)
➤ (DF 23) Rechtsventrikuläre Sonde: Reizschwelle	86,2 %	(520/603)
➤ (DF 24) Rechtsventrikuläre Sonde: Reizschwelle nicht gemessen	99,5 %	(600/603)
➤ (DF 25) Rechtsventrikuläre Sonde: R-Amplitude	84,9 %	(512/603)
➤ (DF 26) Rechtsventrikuläre Sonde: R-Amplitude nicht gemessen	96,7 %	(583/603)
➤ (DF 27) Linksventrikuläre Sonde: Reiz- schwelle	82,4 %	(14/17)
➤ (DF 28) Linksventrikuläre Sonde: Reiz- schwelle nicht gemessen	100,0 %	(17/17)
(DF 34) interventionspflichtiges Taschen- hämatom	0,0 %	0
(DF 35) postoperative Wundinfektion	0,0 %	0
(DF 38) Entlassgrund*	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 eins von Beiden kann angegeben werden) beziehen sich auf alle einbezogenen Fälle, weshalb die Übereinstimmungsrate höher liegt.

Im Folgenden werden aus Praktikabilitätsgründen nur die Datenfelder mit Dokumentationsfehlern von $\geq 5\%$ hinsichtlich des Ausmaßes und der Gründe der Abweichungen beschrieben. Aufgrund der fehlenden Sensitivitäts- und Spezifitätsanalysen sollte die Interpretation von im vorliegenden Bericht nicht dargestellten Datenfeldern mit einer Übereinstimmungsrate von $\geq 95\%$ nicht dahingehend erfolgen, dass unter Umständen keine *problematischen* Fehldokumentationen vorgelegen haben könnten (s. hierzu Beispiele unter 3.2.2).

Datenfelder mit einer Übereinstimmungsrate von $< 95\%$

(DF 14): Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff [Übereinstimmungsrate: 84,8 % (519/612)]

In 25 von 48 Standorten (52,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 93 von 612 einbezogenen Fällen. In 9,8 % (n = 60) der Fälle war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Das Datenfeld *Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff* entspricht damit dem Feld für welches am häufigsten die Angaben nicht in der Patientenakte ersichtlich waren. Die Übereinstimmungsrate für dieses Datenfeld war die zweitniedrigste.

(DF 17) Dauer des Eingriffs [Übereinstimmungsrate: 93,3 % (571/612)]

In 35,4 % der Standorte (17 von 48) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 41 von 612 einbezogenen Fällen. Bei 3 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

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

- (DF 19) Vorhof: Reizschwelle [Übereinstimmungsrate: 85,4 % (392/459)]
In 25 von 48 Standorten (52,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 55 von 459 einbezogenen Fällen. Bei 12 Fällen (2,6 %) war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

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

- (DF 21) Vorhof: P-Wellen-Amplitude [Übereinstimmungsrate: 83,5 % (389/466)]
In 26 von 48 Standorten (54,2 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 66 von 466 einbezogenen Fällen und macht mit 14,2 % den höchsten Anteil an Abweichungen unter allen betrachteten Datenfelder dieses Auswertungsmoduls aus. Bei 11 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

Wenn implantiertes Schrittmachersystem = VVI, DDD, VDD, CRT-System mit einer Vorhofsonde, CRT-System ohne Vorhofsonde oder Sonstiges, dann:

- (DF 23) Rechtsventrikuläre Sonde: Reizschwelle [Übereinstimmungsrate: 86,2 % (520/603)]

In 25 von 48 Standorten (52,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 66 von 603 einbezogenen Fällen (11,0 %). Bei 17 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

- (DF 25) Rechtsventrikuläre Sonde: R-Amplitude [Übereinstimmungsrate: 84,9 % (512/603)]
In 25 von 48 Standorten (52,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 13,3 % (80 von 603) einbezogenen Fällen. Bei 11 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

Wenn implantiertes Schrittmachersystem = CRT-System mit einer Vorhofsonde, CRT-System ohne Vorhofsonde oder Sonstiges, dann:

- (DF 27) Linksventrikuläre Sonde: Reizschwelle [Übereinstimmungsrate: 82,3 % (14/17)]
In 3 von 48 Standorten (6,3 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 2 von 17 einbezogenen Fällen. Bei einem Fall war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Dieses Datenfeld weist die niedrigste Übereinstimmungsrate des Auswertungsmoduls auf, ist gleichzeitig aber auch das Datenfeld mit den wenigsten einbezogenen Fällen.

3.1.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich

Den Krankenhausstandorten mit Abweichungen wurden von den LQS gezielt Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation unter Hinzuziehung der zu beachtenden Ausfüllhinweise gegeben. Mit einigen Standorten wurden konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität vereinbart. Eine LQS weist darauf hin, dass die Reizschwelle (DF 23) im Datenvalidierungs-Tool bei 0,5 ms eingegeben werden muss, die Messungen in den Kliniken allerdings häufig mit 0,4 ms vorprogrammiert seien und es dadurch zu Abweichungen käme. Die Thematik wurde vom IQTIG bereits aufgenommen und wird mit der entsprechenden Fachgruppe beraten. Eine weitere LQS berichtet, dass die Hauptgründe für die Abweichungen der Messgrößen, primär der intraoperativen Reizschellenmessung und P-Wellen-Amplitude, in der fehlenden Möglichkeit läge, diese Messgrößen während der OP aufzuzeichnen und die Dokumentation durch Zeitverzögerung verzerrt sein könne. Durch eine weitere LQS wird empfohlen sich klinikintern bei Vorliegen mehrerer intraoperativer Messwerte festzulegen, welcher dieser sowohl in der Patientenakte als auch in der QS-Dokumentation übernommen werden soll. Aus keinem der Länderberichte geht hervor, dass in einem Standort eine systematische Fehldokumentation in einem der überprüften Datenfelder vorgelegen hätte.

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

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und der Fälle für den Datenabgleich der Daten des EJ 2017 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden in einer Stichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* QS-Daten für das EJ 2017 geliefert haben, zufällig ausgewählt. Ausgeschlossen wurden richtliniengemäß Krankenhausstandorte mit weniger als 4 Fällen.

In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben und mit der QS-Dokumentation abgeglichen.

Es wurden insgesamt 33 Datenfelder des Erfassungsbogens *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geprüft.

3.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 62 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 1.179 Fallakten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Es musste bundesweit auf 2 Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden. Tabelle 8 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und geprüften Fälle je Bundesland dar, welche in das Stichprobenverfahren einbezogen wurden.

Tabelle 8: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK): Stichprobenumfang für den Datenabgleich

Bundesland	besuchte Krankenhausstandorte	geprüfte Fälle
Baden-Württemberg (BW)	6	120
Bayern (BA)	9	154
Berlin (BE)	2	40
Brandenburg (BB)	3	60
Bremen (HB)	1	20
Hamburg (HH)	1	20
Hessen (HE)	4	80
Mecklenburg-Vorpommern (MV)	2	40
Niedersachsen (NI)	5	96
Nordrhein-Westfalen (NW)	NO = 8 WL = 7	NO = 147 WL = 129
Rheinland-Pfalz (RP)	4	80
Saarland (SL)	1	13
Sachsen-Anhalt (ST)	2	40
Sachsen (SN)	3	60
Schleswig-Holstein (SH)	2	40
Thüringen (TH)	2	40
Gesamt	62	1.179

3.2.2 Ergebnisse des Datenabgleichs

Die bundesweite Übereinstimmungsrate (über alle einbezogenen Datenfelder auf Krankenhausstandortebene) lag bei 87,7 % (vgl. Tabelle 2). Kein Standort hatte eine komplett fehlerfreie Dokumentation. Allerdings wurde von allen 62 Standorten bei 5 Datenfeldern komplett fehlerfrei dokumentiert. Die niedrigste Übereinstimmung für dieses geprüfte QS-Verfahren lag bei einem Standort mit 67,0 %.

Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern über alle Standorte.

Tabelle 9: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2017)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 11) Frakturereignis	99,5 %	(1.173/1.179)
(DF 12) Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)	71,9 %	(23/32)
(DF 14) Frakturlokalisierung	97,2 %	(1.146/1.179)
(DF 17) Art der Medikation	72,0 %	(392,83/546)**
(DF 18) Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor Fraktur)	69,1 %	(815/1.179)
(DF 19) Gehilfen (bei Aufnahme oder vor Fraktur)	73,3 %	(864/1.179)
(DF 20) Pflegegrad (bei Aufnahme)	74,7 %	(881/1.179)
(DF 21) ASA Klassifikation	84,4 %	(995/1.179)
➤ (DF 29) primäre Implantatfehl- lage	100,0 %	(21/21)
➤ (DF 30) Sekundäre Implantat- dislokation	85,7 %	(18/21)
➤ (DF 31) OP- oder interven- tionsbedürftige/-s Nachblu- tung/Wundhämatom	71,4 %	(15/21)
➤ (DF 32) OP- oder interven- tionsbedürftige Gefäßläsion	100,0 %	(21/21)
➤ (DF 33) Bei Entlassung persis- tierender motorischer Ner- venschaden	95,2 %	(20/21)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2017)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
➤ (DF 34) Fraktur	95,2 %	(20/21)
➤ (DF 35) Reoperationspflichtige Wunddehiszenz	95,2 %	(20/21)
➤ (DF 36) Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	100,0 %	(21/21)
(DF 38) Postoperative Wundinfektion	99,7 %	(1.175/1.179)
➤ (DF 39) Wundinfektionstiefe	28,6 %	(2/7)
➤ (DF 42) Pneumonie	84,2 %	(117/139)
➤ (DF 43) behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation	87,1 %	(121/139)
➤ (DF 44) Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	100,0 %	(139/139)
➤ (DF 45) Lungenembolie	98,6 %	(137/139)
➤ (DF 46) katheterassoziierte Harnwegsinfektion	83,5 %	(116/139)
➤ (DF 47) Schlaganfall	100,0 %	(139/139)
➤ (DF 48) Akute gastrointestinale Blutung	99,3 %	(138/139)
➤ (DF 49) Akute Niereninsuffizienz	93,5 %	(130/139)
(DF 52) Systematische Erfassung individueller Sturzrisikofaktoren	87,2 %	(1.028/1.179)
(DF 53) Maßnahmen Sturzprophylaxe	91,0 %	(1.073/1.179)
(DF 58) Gehstrecke (bei Entlassung)	72,8 %	(858/1.179)
(DF 59) Gehhilfen (bei Entlassung)	79,7 %	(940/1.179)
(DF 61) Entlassgrund*	99,7 %	(1.175/1.179)

- 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.

** Mehrfachfeld: Es sind 10 Fälle die ausgewertet werden und mit einer Summe von 4,83 in die Übereinstimmung eingehen. Daher ergibt sich die Nachkommastelle.

Hinweis: Die Angaben in den Datenfeldern (DF 13) *Zeitpunkt der Fraktur* und (DF 24) *Beginn des Eingriffs* lagen dem IQTIG aufgrund technischer Übertragungsfehler nicht vor. Beide Datenfelder konnten somit nicht ausgewertet werden und wurden ebenso von der Berechnung der Gesamtübereinstimmungsraten (siehe Kapitel 3.4) ausgeschlossen.

Im Folgenden werden aus Praktikabilitätsgründen nur die Datenfelder mit Dokumentationsfehlern von $\geq 5\%$ hinsichtlich des Ausmaßes und der Gründe der Abweichungen beschrieben. Aufgrund der fehlenden Sensitivitäts- und Spezifitätsanalysen sollte die Interpretation von im vorliegenden Bericht nicht dargestellten Datenfeldern mit einer Übereinstimmungsrate von $\geq 95\%$ nicht dahingehend erfolgen, dass unter Umständen keine *problematischen* Fehldokumentationen vorgelegen haben könnten (s. hierzu Beispiele unter 3.2.2).

Datenfelder mit einer Übereinstimmungsrate von $< 95\%$

(DF 12): Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthalts) [Übereinstimmungsrate: 71,9 % (23/32)]

In 8 von 62 Standorten (12,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 9 von 32 einbezogenen Fällen. Bei 0 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

(DF 17): Art der Medikation [Übereinstimmungsrate: 72,0 % (392,83/546)]

In 52 von 62 Standorten (83,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 27,1 % (148 von 546) der einbezogenen Fälle. Bei 0 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

(DF 18): Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor Fraktur) [Übereinstimmungsrate: 69,1 % (815/1.179)]

In 53 von 62 Standorten (85,5 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 361 von 1.179 einbezogenen Fällen und macht einen Anteil 30,6 % Abweichungen aus. Bei 3 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

(DF 19): Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor Fraktur) [Übereinstimmungsrate: 73,3 % (864/1.179)]

In 54 von 62 Standorten (87,1 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 147 von 1.179 einbezogenen Fällen. Bei 14,3 % ($n = 168$) der geprüften Fälle war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Dies ist der höchste Anteil nicht ersichtlicher Fälle unter allen betrachteten Datenfeldern dieses Verfahrens.

(DF 20): Pflegegrad (bei Aufnahme) [Übereinstimmungsrate: 74,7 % (881/1.179)]

In 52 von 62 Standorten (83,9 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 225 von 1.179 einbezogenen Fällen (19,1 %). Bei 6,2 % (n = 73) der geprüften Fälle war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Dies entspricht dem zweithöchsten Anteil nicht ersichtlicher Fälle über alle betrachteten Datenfelder.

(DF 21): ASA Klassifikation [Übereinstimmungsrate: 84,4 % (995/1.179)]

In 42 von 62 Standorten (67,7 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies machte einen Anteil von 14,9 % der Abweichungen unter den einbezogenen Fällen aus (176 von 1.179). Bei 8 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

Wenn spezifische Behandlungsbedürftige Komplikationen = ja, dann:

- (DF 30): sekundäre Implantatdislokation [Übereinstimmungsrate: 85,7 % (18/21)]
In 3 von 62 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 3 von 21 einbezogenen Fällen. Bei 0 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Im Vergleich lag eine fehlerfreie Dokumentation bei der primären Implantatfehlage vor (21/21) (vgl. Tabelle 9).
- (DF 31): OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom [Übereinstimmungsrate: 71,4 % (15/21)]
In 5 von 62 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 6 von 21 einbezogenen Fällen (28,5 %). Bei 0 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

Wenn postoperative Wundinfektion = ja, dann:

- (DF 39): Wundinfektionstiefe [Übereinstimmungsrate: 28,6 % (2/7)]
In 4 von 62 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 5 von 7 einbezogenen Fällen. Bei 0 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Dieses Datenfeld weist die niedrigste Übereinstimmungsrate des Auswertungsmoduls auf, ist gleichzeitig aber auch das Datenfeld mit den wenigsten einbezogenen Fällen.

Wenn allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen = ja, dann:

- (DF 42): Pneumonie [Übereinstimmungsrate: 84,2 % (117/139)]
In 17 von 62 Standorten (27,4 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 22 von 139 einbezogenen Fällen. Bei 0 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.
- (DF 43): behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation [Übereinstimmungsrate: 87,1 % (121/139)]
In 17 von 62 Standorten (27,4 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 18 von 139 einbezogenen Fällen. Bei 0 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.
- (DF 46): katheterassoziierte Harnwegsinfektion [Übereinstimmungsrate: 83,5 % (116/139)]

In 14 von 62 Standorten (22,6 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 23 von 139 einbezogenen Fällen (16,6 %). Bei 0 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

➤ **(DF 49): Akute Niereninsuffizienz [Übereinstimmungsrate: 93,5 % (130/139)]**

In 8 von 62 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betrifft 9 von 139 einbezogenen Fällen (6,5 %). Bei 0 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

(DF 52): Systematische Erfassung individueller Sturzrisikofaktoren [Übereinstimmungsrate: 87,2 % (1.028/1.179)]

In 30 von 62 Standorten (48,4 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 151 von 1.179 einbezogenen Fällen (12,8 %). Bei 0 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

(DF 53): Maßnahmen Sturzprophylaxe [Übereinstimmungsrate: 91,0 % (1.073/1.179)]

In 25 von 62 Standorten (40,3 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 43 von 1.179 einbezogenen Fällen (3,7 %). Bei 5,3 % (n = 63) der überprüften Fälle war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Dies entspricht dem dritthöchsten Anteil nicht ersichtlicher Fälle über alle betrachteten Datenfelder.

(DF 58): Gehstrecke (bei Entlassung) [Übereinstimmungsrate: 72,8 % (858/1.179)]

88,7 % der Standorte (55 von 62) wiesen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte auf. Dies betraf 294 von 1.179 einbezogenen Fällen (24,9 %). Bei 27 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

(DF 59): Gehhilfen (bei Entlassung) [Übereinstimmungsrate: 79,7 % (940/1.179)]

85,5 % der Standorte (53 von 62) wiesen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte auf. Dies betraf 200 von 1.179 einbezogenen Fällen (17,0 %). Bei 39 Fällen war die Angabe aus der Patientenakte nicht ersichtlich (3,3 %).

Zusätzliche Analysen

Für die Datenfelder (DF 38) *postoperative Wundinfektion* und (DF 61) *Entlassgrund* erfolgten zwei zusätzliche Auswertungen anhand welcher erkennbar ist, wie häufig Angaben fälschlicherweise entweder nicht oder entsprechend fälschlicherweise für die QS dokumentiert wurden. Für beide Datenfelder war die Übereinstimmungsrate insgesamt sehr hoch. Diese hier beispielhaft dargestellten Analysen werden – wie zu Anfang dieses Kapitels erwähnt – für den Bericht 2020 (EJ 2018) wieder Bestandteil für zu prüfende Datenfelder sein.

(DF 38): Postoperative Wundinfektion [Übereinstimmungsrate: 99,7 % (1.175/1.179)]

In Tabelle 10 ist zu erkennen, dass insgesamt 5 Mal Wundinfektionen in der Patientenakte dokumentiert wurden und 1.174 Mal keine Wundinfektionen vorgelegen haben. Entsprechend der in Tabelle 9 dargestellten Übereinstimmungsrate wurde in vier Fällen fehldokumentiert. In Tabelle 10 ist nun zu erkennen, dass zwei Mal eine Wundinfektion vorlag und fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert wurde (Unterdokumentation) und zwei Mal keine Wundinfektion

vorlag, die jedoch fälschlicherweise für die QS dokumentiert wurde (Überdokumentation). Der Anteil der Unterdokumentationen an allen Fällen mit Wundinfektionen gemäß Patientenakte lag bei 40 % (2/5). Der Anteil an Überdokumentationen an allen Fällen mit Wundinfektionen gemäß der QS-Angaben lag ebenfalls bei 40 % (2/5).

Es ist zu erkennen, dass der Anteil der Unterdokumentationen mit 40 % bezogen auf die Fälle mit Wundinfektionen gemäß der Patientenakte trotz einer hohen Gesamtübereinstimmungsrate von 99,7 % für dieses Datenfeld sehr hoch liegt. Gleiches gilt für die Überdokumentationen. Somit konnte mit Hilfe der zusätzlichen Analyse, trotz einer niedrigen Fehldokumentationsrate von ≤ 5 %, eine *problematische* Fehldokumentation in Form einer Unterdokumentation von 2 Fällen detektiert werden.

Tabelle 10: Ergebnisse der Sensitivität und Spezifität zur Dokumentation der postoperativen Wundinfektion (DF 38)

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		Wundinfektion	Keine Wundinfektion	Gesamt	
Ereignis für esQS dokumentiert	Wundinfektion	3	2 (fälschlicherweise in der esQS dokumentiert)	5	Anteil Überdokumentation an allen Fällen mit Wundinfektion laut QS 40 % (2/5)
	Keine Wundinfektion	2 (fälschlicherweise nicht in der esQS dokumentiert)	1.172	1.174	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen ohne Wundinfektion laut QS 0,17 % (2/1.174)
Gesamt		5	1.174	1.179	
		Sensitivität (3/5) = 60 %	Spezifität (1.172/1.174) = 99,8 %		
Fehldokumentationsrate 0,34 % (4/1.179)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen mit Wundinfektion laut Pat-Akte 40 % (2/5)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen ohne Wundinfektion laut Pat-Akte 0,17 % (2/1.174)		

(DF 61): Entlassgrund [Übereinstimmungsrate: 99,7 % (1.175/1.179)]

In Tabelle 11 ist zu erkennen, dass insgesamt für 50 Fälle verstorben in der Patientenakte dokumentiert wurde und für 1.129 Fälle lebend entlassen. Entsprechend der in Tabelle 9 dargestellten Übereinstimmungsrate wurde in vier Fällen fehdokumentiert. In Tabelle 11 ist nun zu erkennen, dass zwei Fälle gemäß den Angaben in der Patientenakte verstorben waren, die jedoch in der QS-Dokumentation als lebend dokumentiert wurden (Unterdokumentation). Ebenso wurden zwei Fälle fälschlicherweise als verstorben für die QS dokumentiert (Überdokumentation). Es ist zu erkennen, dass in diesem Beispiel der Anteil der Unterdokumentationen mit 4,0 % (2/50) gering ausfällt. Dennoch konnte mittels dieser Analyse, trotz einer niedrigen Fehldokumentationsrate von $\leq 5\%$, eine *problematische* Fehldokumentation in Form einer Unterdokumentation von 2 Todesfällen detektiert werden.

Tabelle 11: Ergebnisse der Sensitivität und Spezifität zur Dokumentation des Entlassgrundes (DF 61)

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		tot	lebend		
Ereignis für esQS dokumentiert	tot	48	2 (fälschlicherweise in der esQS dokumentiert)	50	Anteil Überdokumentation an allen Fällen die als tot dokumentiert wurden laut QS 4,00 % (2/50)
	lebend	2 (fälschlicherweise nicht in der esQS dokumentiert)	1.127	1.131	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen die als lebend dokumentiert wurden laut QS 0,178 % (2/1.131)
Gesamt		50	1.129	1.179	
		Sensitivität (48/50) = 96,0 %	Spezifität (1.127/1.129) = 99,8 %		
Fehldokumentationsrate 0,34 % (4/1.179)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen die als tot dokumentiert wurden laut Pat-Akte 4,00 % (2/50)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen die als lebend dokumentiert wurden laut Pat-Akte 0,177 % (2/1.129)		

3.2.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich

In den Krankenhausstandorten mit Abweichungen wurden von den LQS gezielt Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation unter Hinzuziehung der zu beachtenden Ausfüllhinweise gegeben. Eine LQS weist darauf hin, dass es Unklarheiten in der Dokumentation der Gehstrecke gäbe. So wurden die Auswahlitems „Gehen am Stück bis 500 m möglich“ und „auf Stationsebene mobil“ unterschiedlich gebraucht. Dabei wurden von einigen Kliniken bei großen Fluren bzw. beim Gehen bis zur Treppe oder zum Krankenhausgarten „Gehen am Stück bis 500 m“ angekreuzt, während andere prinzipiell „mobil auf Stationsebene“ gewählt haben. Die selbe Problematik ergäbe sich bei den Angaben zu Gehhilfen. Nach Angaben einer anderen LQS seien aber auch fehlende Dokumentationen in der Anamnese ursächlich. Aber auch das Datenfeld Pflegegrad bei Aufnahme wurde häufig fehldokumentiert. Es wurde von einer LQS empfohlen, den Pflegegrad in die Sozialanamnese zu integrieren. Auch die Einstufungen nach der ASA-Klassifikation wurden von den LQS als Felder mit häufigen Abweichungen berichtet. So seien bei der ASA-Einstufung die Problematiken auf unterschiedliche Angaben in verschiedenen Dokumenten, wie dem OP-Protokoll oder dem Anästhesieprotokoll zurückzuführen. Bei Abweichungen zur Medikation vermerkt eine LQS, dass scheinbar Probleme in der Zuordnung zu denen in der QS-Dokumentation vorgegebenen Medikamentengruppen bestünden, die Angaben aber auch nicht kontinuierlich in der Patientenakte vermerkt würden. Bezüglich der Angaben zum Sturzrisiko und der Sturzprophylaxe wird berichtet, dass dies von Krankenhausmitarbeitern häufig nur bei Patienten mit Pflegekomplexmaßnahmen erfolge, auch wenn das hausinterne QM-Handbuch dies vorsehe. Von den berichtenden LQS wurden eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität empfohlen, wie z.B. Die Anpassung der Anamnesebögen hinsichtlich der Abfrage zur Gehstrecke, Verwendung von Referenzdokumenten oder die Implementierung einer systematischen Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren und der Sturzprophylaxe gemäß Expertenstandard Sturzprophylaxe.

Aus keinem der Länderberichte geht hervor, dass in einem Standort eine systematische Fehldokumentation in einem der überprüften Datenfelder vorgelegen hätte.

3.3 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

3.3.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Da es sich beim QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert* um ein direktes Verfahren handelt, sind gemäß § 9 Abs. 3 QSKH-RL dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich mindestens 5 % der Krankenhausstandorte in dem QS-Verfahren zu unterwerfen. Hierbei sind mindestens 4 Krankenhausstandorte und insgesamt mindestens 40 Fälle in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich einzubeziehen. Standorte mit weniger als 4 Fällen in dem betroffenen QS-Verfahren sind von der Stichprobe ausgeschlossen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte durch das IQTIG wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, 20 Fälle pro Standort bestimmt, bei denen eine isolierte Koronarchirurgie im EJ 2017 stattgefunden hat. Für diese wurde anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder und Abgleich mit den übermittelten QS-Daten durch zwei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG durchgeführt.

Es erfolgte eine Zweiterfassung von 100 Fällen aus dem EJ 2017, wobei die zu validierende Fallzahl pro Krankenhausstandort 20 betrug. 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.

Die Patientenakten lagen sowohl digital als auch in Papier- oder Mischform vor. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG hatten in einem Krankenhausstandort direkte Einsicht in die Patientenakte, in den 4 anderen Krankenhausstandorten konnten die Angaben aus der QS-Dokumentation nur indirekt über Auskünfte der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter abgeglichen werden. Nur bei 2 Standorten waren bei allen Fällen alle Informationen zu den zu überprüfenden Datenfeldern jeweils aus der Patientenakte ersichtlich.

3.3.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren

Die bundesweite Übereinstimmungsrate (über alle einbezogenen Datenfelder auf Krankenhausstandortebene) lag bei 95,2 %. Es zeigten sich bei keinem geprüften Standort eine komplett fehlerfreie Dokumentation mit 100-prozentiger Übereinstimmung. Die niedrigste Übereinstimmung für dieses geprüfte QS-Verfahren lag bei einem Standort mit 90,1 %. Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern.

Tabelle 12: Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2017)	Übereinstimmungs- rate (QS-Dokumen- tation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 9) Körpergröße (in cm)	97,0 %	(97/100)
(DF 10) Körpergröße unbekannt	98,0 %	(98/100)
(DF 11) Körpergewicht bei Aufnahme (in kg)	87,0 %	(87/100)
(DF 12) Körpergewicht bei Aufnahme unbekannt	98,0 %	(98/100)
(DF 13) klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA Klassifikation)	74,0 %	(74/100)
(DF 15) Infarkt(e)	88,0 %	(88/100)
(DF 16) kardiogener Schock/Dekompensation	100,0 %	(100/100)
(DF 17) Reanimation	98,0 %	(98/100)
(DF 18) Patient wird beatmet	98,0 %	(98/100)
(DF 19) pulmonale Hypertonie	99,0 %	(99/100)
(DF 20) Herzrhythmus bei Aufnahme	98,0 %	(98/100)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2017)	Übereinstimmungs- rate (QS-Dokumen- tation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 22) Einstufung nach ASA-Klassifikation	76,0 %	(76/100)
(DF 23) LVEF	97,0 %	(97/100)
(DF 24) Koronarangiographiebefund	94,0 %	(94/100)
(DF 27) Anzahl (Voroperation vor aktueller Aufnahme)	96,0 %	(96/100)
(DF 29) Diabetes mellitus	94,0 %	(94/100)
(DF 30) arterielle Gefäßerkrankung	95,0 %	(95/100)
➤ (DF 31) periphere AVK	68,4 %	(13/19)
➤ (DF 32) Arteria Carotis	68,4 %	(13/19)
➤ (DF 33) Aortenaneurysma	73,7 %	(14/19)
➤ (DF 34) sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	63,2 %	(12/19)
(DF 35) Lungenerkrankung(en)	99,0 %	(99/100)
(DF 36) neurologische Erkrankung(en)	93,0 %	(93/100)
➤ (DF 37) Schweregrad der Behinderung	14,3 %	(1/7)
(DF 38) Präoperative Nierenersatztherapie	99,0 %	(99/100)
➤ (DF 39) Kreatininwert i.S. in mg/dl*präoperativ	84,9 %	(84/99)
➤ (DF 40) Kreatininwert i.S. in µmol/l*präoperativ	100,0 %	(99/99)
(DF 48) Dringlichkeit	97,0 %	(97/100)
(DF 51) Inotrope (präoperativ) i.v.	100,0 %	(100/100)
(DF 52) (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung	100,0 %	(100/100)
(DF 53) Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC	100,0 %	(100/100)
(DF 55) OP-Zeit Schnitt-Nahtzeit	99,0 %	(99/100)
(DF 56) Anzahl der Grafts	96,0 %	(96/100)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2017)	Übereinstimmungs- rate (QS-Dokumen- tation und Patientenakte)	Anzahl einbezogener Fälle
(DF 57) ITA links	99,0 %	(99/100)
(DF 58) sonstige Grafts	46,0 %	(46/100)
(DF 86) Mediastinitis	100,0 %	(100/100)
(DF 87) zerebrales/zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	100,0 %	(100/100)
➤ (DF 88) Dauer des zerebrovaskulären Ereignis	100,0 %	(1/1)
➤ (DF 89) Schweregrad eines neurologischen De- fizits bei Entlassung	100,0 %	(1/1)
(DF 99) Entlassgrund*	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) beziehen sich auf alle einbezogenen Fälle, weshalb die Übereinstimmungsrate höher liegt.

Im Folgenden werden die Datenfelder mit Dokumentationsfehlern von $\geq 5\%$ hinsichtlich des Ausmaßes und der Gründe der Abweichungen sowie deren Einfluss auf die Berechnung der QIs bzw. Risikoadjustierung diskutiert.

Datenfelder mit einer Übereinstimmungsrate von $< 95\%$

(DF 11): Körpergewicht bei Aufnahme (in kg) [Übereinstimmungsrate: 87,0 % (87/100)]

In 2 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 13 von 100 einbezogenen Fällen. Hiervon hatte der eine Standort in 9 Fällen eine Abweichung und der zweite Standort in 4 Fällen.

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. Die 9 Abweichungen des einen Standortes zeigten Gewichtsschwankungen von minus 6 kg bis plus 3 kg zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte. In 6 der 9 Fälle wurde das Gewicht in der QS-Dokumentation niedriger angegeben. Bezüglich der 4 Abweichungen des anderen Standortes wurde das Körpergewicht in der QS als „unbekannt“ angegeben, jedoch in der Patientenakte dokumentiert. In einem Fall wurde die Angabe zwischen Körpergröße und Gewicht vertauscht und in einem weiteren Fall wurde ein niedrigeres Gewicht von 3 kg in der QS angegeben.

(DF 13): klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA Klassifikation) [Übereinstimmungsrate: 74,0 % (74/100)]

In 3 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 26 von 100 einbezogenen Fällen. Hiervon lagen bei einem Standort 6 Abweichungen vor, von denen sich 4 daraus ergaben, dass die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich waren. In einem weiteren Standort lagen 9 Abweichungen vor, von denen sich 3 daraus ergaben, dass die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich waren. Im dritten Standort lagen 11 Abweichungen vor. Somit ergaben sich für das Datenfeld „klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz“ insgesamt 26 Abweichungen und damit die niedrigste Übereinstimmungsrate aller in diesem QS-Verfahren geprüften Datenfelder.

Dieses Datenfeld geht ab einem Schweregrad von IV „Beschwerden in Ruhe“ in die Risikoadjustierung für die QI-Berechnung 11617: *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen* ein. Von den 2 Standorten die insgesamt 7 Fälle aufwiesen, in welchen die Angaben in der Patientenakte nicht ersichtlich waren, wurde nur in einem Fall ein NYHA-Schweregrad von IV angegeben. Die weiteren Abweichungen dieser beiden Standorte betrafen Einstufungen in Schweregrade unterhalb von IV und haben damit die Risikoadjustierung nicht beeinflusst.

Die Abweichungen des dritten Standortes hingegen weisen auf eine systematische Fehldokumentation hin. In allen 13 Fällen wurde ein NYHA-Schweregrad von IV angegeben, obwohl ein niedrigerer Wert in der Patientenakte auffindbar war.

Bereits im Jahr 2016 lag in der Herzchirurgie für das QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* EJ 2015 (vgl. IQTIG 2017) das Datenfeld NYHA mit einer Übereinstimmungsrate von 68,4 % als schlechtestes Ergebnis des Datenabgleichs vor.

(DF 15): Infarkt(e) [Übereinstimmungsrate: 88,0 % (88/100)]

In 4 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 12 von 100 einbezogenen Fällen. Dieses Datenfeld ist ab Myokardinfarkten ≤ 21 Tage für die Risikoadjustierung des QI 11617: *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen* relevant. Insgesamt gab es bei 12 überprüften Fällen Abweichungen. In 8 dieser Fälle wurde in der QS angegeben, dass kein Infarkt vorgelegen hätte, obwohl in der Patientenakte einer vermerkt war. Sind Patientinnen und Patienten hier fälschlicherweise mit keinem Infarkt in der QS als in der Akte dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch-niedrigem Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann somit zu Ungunsten der Klinik im Bereich der Qualitätseinschätzung führen.

(DF 22): Einstufung nach American Society of Anesthesiologists-Klassifikation [Übereinstimmungsrate: 76,0 % (76/100)]

In 3 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 24 von 100 einbezogenen Fällen. Dieses Datenfeld hat einen Einfluss auf den QI 2257: *Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)* (bei American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 3). Es wurde in einem Standort in einem Fall eine Abweichung hinsichtlich einer niedrigeren ASA-Einstufung in der QS im Vergleich zur Patientenakte festgestellt. Die übrigen 2 Standorte wiesen in dem Datenfeld einmal 13 Abweichungen und einmal 10 Abweichungen auf. Im Gegensatz zum Dokumentationsverhalten bei der NYHA-

Klassifikation der Herzinsuffizienz waren die Angaben hinsichtlich der ASA-Einstufungen in der Patientenakte meistens höher als in der QS-Dokumentation. Von dem Standort mit insgesamt 10 Abweichungen gingen 3 daraus hervor, dass die Angaben in der Patientenakte nicht ersichtlich waren. Die übrigen Angaben dieses Standortes wurden in der QS im Vergleich zur Patientenakte alle als niedriger klassifiziert angegeben. In Bezug auf die 13 Abweichungen des anderen Standortes wurde im Vergleich zur Patientenakte in 11 Fällen eine niedrigere ASA-Klassifikation in der QS angegeben. In 2 Fällen wurde in der QS ASA = 3 im Vergleich zu ASA = 2 aus der Patientenakte dokumentiert, woraus sich eine Abweichung mit Einfluss auf den QI ergibt.

(DF 24): Koronarangiographiebefund [Übereinstimmungsrate: 94,0 % (94/100)]

In 4 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 6 von 100 einbezogenen Fällen. Es wurde bei einem Standort in 3 Fällen jeweils eine Abweichung festgestellt. Die übrigen 3 Standorte wiesen in dem Datenfeld Koronarangiographiebefund jeweils eine Abweichung auf.

Dieses Datenfeld geht ab einer schweren KHK mit Beteiligung aller Koronararterien (3-Gefäßerkrankung) in die Risikoadjustierung für die QI-Berechnung 11617: *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen* ein. Sind Patientinnen und Patienten hier fälschlicherweise niedriger (KHK 0-2) in der QS als in der Akte dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch-niedrigem Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann somit zu Ungunsten der Klinik im Bereich der Qualitätseinschätzung führen. Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn Patientinnen und Patienten in der QS fälschlicherweise höher (KHK=3) als in der Patientenakte dokumentiert werden.

In 5 Fällen wurde in der Patientenakte eine 3-Gefäßerkrankung angegeben, welche in den QS-Daten in 2 Fällen mit 0, einem Fall mit 1 und 2 Fällen mit 2 beteiligten Gefäßen angegeben wurde. Dies bewirkt ein falsch niedriges Risikoprofil in der betrachteten Patientengruppe. Ein Fall hatte laut Patientenakte eine 2-Gefäßerkrankung und wurde in der QS mit einer 3-Gefäßerkrankung angegeben, was zu einem falsch hohen Risikoprofil führt und damit die Rate der zu erwartenden Todesfälle gegebenenfalls überschätzt. Aus den 5 anderen festgestellten fehldokumentierten Fällen ergibt sich kein Einfluss für die Standorte auf eine höhere erwartete Rate an Todesfällen.

(DF 29): Diabetes mellitus [Übereinstimmungsrate: 94,0 % (94/100)]

In 3 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 6 von 100 einbezogenen Fällen. Hiervon hatte ein Standort in 3 Fällen, ein Standort in 2 Fällen und ein Standort in einem Fall jeweils eine Abweichung.

Das Datenfeld Diabetes mellitus = 3 (insulinpflichtiger Diabetes) geht in die Risikoadjustierung für die QI-Berechnung 11617: *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen* ein. In den Fällen, in welchen Patientinnen und Patienten in der QS ohne bzw. mit einer leichteren Form des Diabetes im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert wurden, haben die Standorte zu ihren Ungunsten fehldokumentiert. Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn Patientinnen und Patienten in der QS mit einer schwerwiegenderen Form des Diabetes mellitus im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert werden.

Eine Unterdokumentation eines insulinpflichtigen Diabetes erfolgte in je 2 Fällen unterschiedlicher Standorte. In einem der beiden Standorte erfolgte ebenso eine Unterdokumentation eines Patienten mit oral behandelten Diabetes mellitus, welcher allerdings das Ergebnis der Risikoadjustierung nicht änderte (s.o.). In den anderen 3 Fällen haben die Standorte zu ihren Gunsten dokumentiert (Überdokumentation eines insulinpflichtigen Diabetes). Trotz fehlender Dokumentation eines Diabetes mellitus in der Patientenakte, eines diätetisch und eines oral behandelten Diabetes mellitus wurde ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus in diesen 3 Fällen in der QS-Dokumentation angegeben. Aus diesen 3 festgestellten fehdokumentierten Fällen kann somit für 2 Standorte ein Einfluss auf die adjustierte Rate an Todesfällen angenommen werden, die sich nach Korrektur verschlechtern.

Wenn arterielle Gefäßerkrankung = ja, dann:

Im Filterfeld gab es bei 2 von 5 Standorten gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte, ob eine arterielle Gefäßerkrankung vorhanden, nicht vorhanden oder unbekannt ist. Hiervon hatte ein Standort in vier Fällen eine Abweichung indem für alle vier Fälle keine arterielle Gefäßerkrankung in der QS dokumentiert wurde, sich diese jedoch eindeutig in der Patientenakte wiederfinden ließ. Bei einem weiteren Standort war die Angabe in einem Fall aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Dies bedeutet auch, dass in den abhängigen Feldern bei vorhandener arterieller Gefäßerkrankung die Art dieser nicht dokumentiert wurde. Die Datenfelder haben einen Einfluss auf die Risikoadjustierung des QI 11617: *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen.*

- (DF 31): periphere AVK [Übereinstimmungsrate: 68,4 % (13/19)]
In 2 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Insgesamt gab es bei 6 überprüften Fällen Abweichungen (31,6 %). Dieses Datenfeld war für alle Fälle in der Patientenakte dokumentiert.
- (DF 32): Arteria Carotis [Übereinstimmungsrate: 68,4 % (13/19)]
In 2 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Insgesamt gab es bei 6 überprüften Fällen Abweichungen (31,6 %). Dieses Datenfeld war für alle Fälle in der Patientenakte dokumentiert.
- (DF 33): Aortenaneurysma [Übereinstimmungsrate: 73,7 % (14/19)]
In 2 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Insgesamt gab es bei 5 überprüften Fällen Abweichungen (26,3 %). Dieses Datenfeld war für alle Fälle in der Patientenakte dokumentiert.
- (DF 34) sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en) [Übereinstimmungsrate: 63,2 % (12/19)]
In 2 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Insgesamt gab es bei 7 überprüften Fällen Abweichungen (36,8 %). Dieses Datenfeld war für alle Fälle in der Patientenakte dokumentiert.

(DF 36): neurologische Erkrankung(en) [- Filterfeld; Übereinstimmungsrate: 93,0 % (93/100)]

In allen 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Hiervon wurde bei 2 Standorten in jeweils 2 Fällen in der QS eine Unterdokumentation einer neurologischen Erkrankung des ZNS, zerebrovaskulärer Natur festgestellt. Die übrigen 3 Standorte wiesen in dem Datenfeld neurologische Erkrankung(en) in jeweils einem

Fall eine Abweichung auf (insgesamt 7 Abweichungen). Ein Fall wurde in der QS unterdokumentiert, ein weiterer Fall überdokumentiert und der dritte Fall wurde fehdokumentiert.

Dieses Datenfeld geht bei „0=nein“ (es liegt keine neurologische Erkrankung vor) und „3=ja, peripher“ in den QI 2259: *Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation* ein, sowie bei Vorliegen einer neurologischen Erkrankung in die Risikoadjustierung für den QI 11617: *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen*. In einem Fall wurde in der QS-Dokumentation angegeben, dass eine andere neurologische Erkrankung des ZNS vorlag, obwohl dies nicht in der Patientenakte auffindbar war. In 5 Fällen wurde das Vorliegen keiner neurologischen Erkrankung in der QS angegeben, obgleich in allen Fällen eine neurologische Erkrankung aus der Patientenakte hervorging. In diesen Fällen habendiese Standorte in Bezug auf die Risikoadjustierung zu ihren Ungunsten fehdokumentiert. In einem weiteren Fall wich die Differenzierung des Vorliegens einer neurologischen Erkrankung zwischen QS und Patientenakte voneinander ab.

Bei Vorliegen einer neurologischen Erkrankung des ZNS mit zerebrovaskulärer Ursache (Blutung, Ischämie) wurde in einem weiteren Feld der Schweregrad der Behinderung erfragt:

Wenn neurologische Erkrankung = ja, ZNS, zerebrovaskulär, dann:

- (DF 37): Schweregrad der Behinderung 14,3 % [Übereinstimmungsrate: (1/7)]

Bei 4 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 5 von 7 einbezogenen Fällen. Bei einem Standort mit einer Abweichung (ein Fall) war der Schweregrad der Behinderung, trotz des Vorliegens einer neurologischen Erkrankung aus der Patientenakte nicht ersichtlich. Bei 2 Standorten wiesen jeweils dieselben 2 Fälle Abweichungen auf, die bereits bei der Einordnung des neurologischen Defizits Abweichungen zeigten. Dies betraf auch den Fall eines weiteren Standortes (Standort mit nur einem abweichenden Fall).

(DF 39): Kreatininwert i.S. in mg/dl*präoperativ [Übereinstimmungsrate: 84,9 % (84/99)]

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. In 3 von 5 Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 15 von 99 einbezogenen Fällen. Dieses Datenfeld geht ab einem Kreatininwert von > 2,3 mg/dl in die Risikoadjustierung für die QI-Berechnung 11617: *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen* ein.

Ein Standort hatte in 2 Fällen eine Abweichung von 0,3 mg/dl. Der zweite Standort hatte in 4 Fällen Abweichungen, wovon eine über 1,1 mg/dl betrug. Der Wert in der QS wurde im Vergleich zur Patientenakte höher und über dem Grenzwert von 2,3 mg/dl dokumentiert. Bei dem dritten Standort wurden 9 Abweichungen festgestellt, welche zwischen +/- 0,1 bis 0,5 schwankten, aber keinen Einfluss auf die Risikoadjustierung hatten. In 2 Fällen gab es eine Abweichung welche höher war und für die Risikoadjustierung relevant ist. In beiden Fällen wurde der Kreatininwert in der QS-Dokumentation niedriger angegeben als in der Patientenakte (von 2,3 mg/dl auf 1,3 mg/dl reduziert und von 2,9 mg/dl auf 2,1 mg/dl reduziert).

Grundsätzlich bleibt zu überlegen, ob geringfügige Abweichungen, die keine Auswirkungen auf die Risikoadjustierung haben oder durch Rundungsfehler hervorgehen, zukünftig durch Einführung eines Toleranzbereiches abgemildert werden könnten. Dies ist mit der entsprechenden Bundesfachgruppe zu diskutieren.

(DF 58): sonstige Grafts [Übereinstimmungsrate: 46,0 % (46/100)]

Bei dem Datenfeld „*sonstige Grafts*“ gab es in 54 von 100 überprüften Fällen eine Abweichung (Übereinstimmungsrate: 46,0 %). Aus Sicht des IQTIG kann diese abweichende Dokumentation zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation auf den Ausfüllhinweis zu dem Datenfeld „*sonstige Grafts*“ zurückzuführen sein. Der Ausfüllhinweis lautet: „*Hier können weitere verwendete Grafts, die nicht einzeln aufgelistet sind, eingetragen werden.*“ Da es sich laut Formulierung um eine fakultative Angabe handelt, können diese Abweichungen nicht als Dokumentationsfehler der Standorte angelastet werden und wurden dementsprechend aus der Gesamtübereinstimmungsrate heraus gerechnet. Das IQTIG wird mit den Fachgruppen besprechen, den Ausfüllhinweis ggf. zu ändern.

3.3.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich

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

Mit einem Standort wurden aufgrund der Ergebnisse eine Zielvereinbarung geschlossen. Es handelte sich bei diesem Standort um denjenigen mit direkter Akteneinsicht durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des IQTIG. Es zeigten sich in 54,0 % der medizinischen Sachverhalte Abweichungen, d.h. in insgesamt 21 von 39 geprüften Datenfeldern. Auf Fallebene betrafen die Abweichungen 16 von 20 Behandlungsfällen (80,0 %). Insgesamt gab es 71 Abweichungen. Bezogen auf alle geprüften Datenfelder (n=780) ergab sich eine Abweichungsrate von insgesamt 9,9 %. In 7 Fällen wurden die Angaben, die in der QS-Dokumentation gemacht wurden, nicht gefunden. Bei 3 Patientinnen und Patienten lag das Anästhesieprotokoll weder in der Akte noch im Computersystem vor, so dass die Angaben zur „*ASA-Klassifikation*“ und „*NYHA-Klassifikation*“ nicht nachvollzogen werden konnten. Die Datenfelder, bei denen es insgesamt die häufigsten Abweichungen in den überprüften Fällen gab, sind „*Einstufung nach ASA-Klassifikation*“, „*präoperativer Kreatininwert*“, „*arterielle Gefäßkrankungen*“ und „*NYHA-Klassifikation*“. Das IQTIG wird bei diesem Standort gemäß § 9 Abs. 3 Satz 3 QSKH-RL im Jahr 2019 (für EJ 2018) die Dokumentationsqualität erneut überprüfen.

3.4 Übereinstimmungsraten der geprüften QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule im Vergleich

Im Folgenden werden die Fehldokumentationsraten der jeweils überprüften Standorte der 3 QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich für das EJ 2017 dargestellt. Aus den Benchmark-Grafiken (Abbildung 4, Abbildung 5, Abbildung 6) kann die Verteilung der Fehldokumentationsraten der einzelnen Krankenhausstandorte abgelesen werden. Außerdem ist dargestellt, welche Standorte besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler aufweisen.

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 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 einseitigen 95 %-Vertrauensintervalls angegeben. Falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf.

Damit wird aus den Grafiken deutlich, wie viele Standorte im Folgejahr jeweils erneut überprüft werden müssten und wie viele Standorte dem Lenkungsgremium auf Landesebene oder dem UA QS benannt werden müssten. Für das EJ 2017 gilt eine Übergangslösung zur Benennung der Standorte gegenüber dem Lenkungsgremium, weshalb für das EJ 2018 alle Standorte mit Grenzwertüberschreitung der Dokumentationsfehler in einem gezielten Datenabgleich erneut überprüft werden (vgl. Kapitel 2.2.2).

09n2-HSM-AGGW

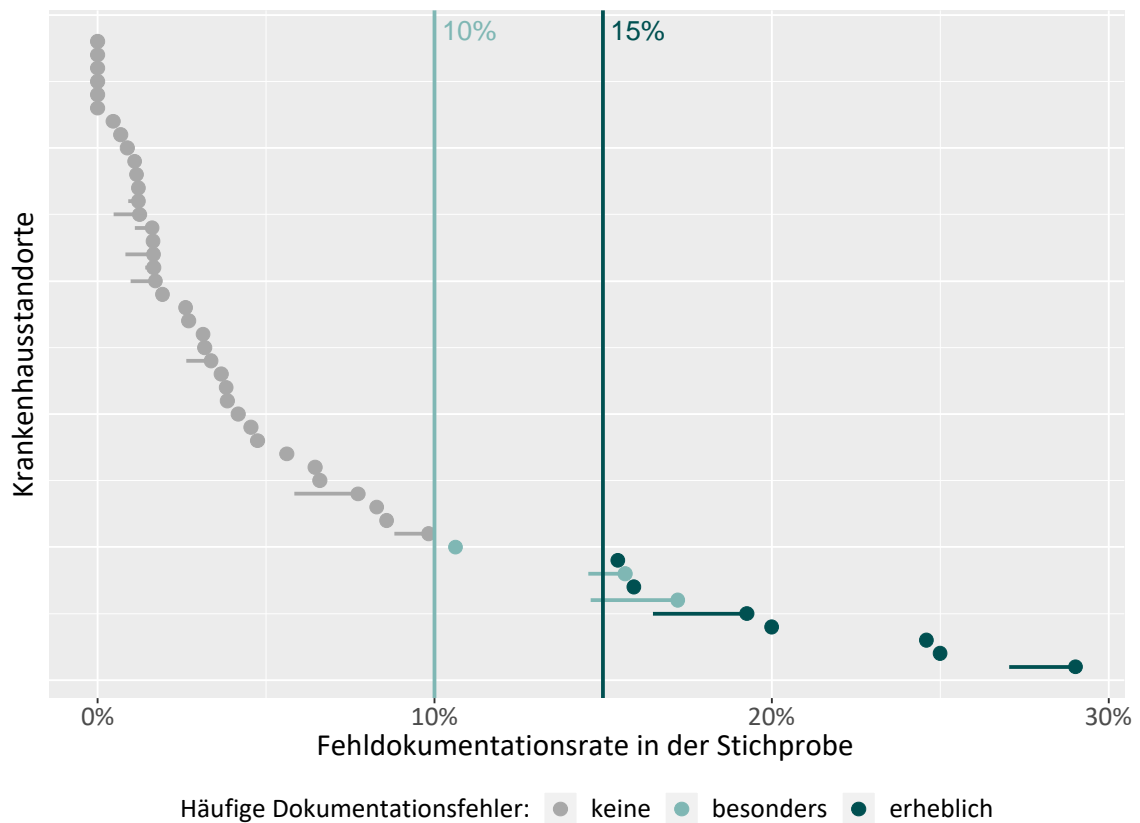


Abbildung 4: Fehldokumentationsrate der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* (09n2-HSM-AGGW)

Hinweis: Wenn die eingezeichnete untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf.

In Abbildung 4 sind die Fehldokumentationsraten des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* abgebildet. Insgesamt sind 48 Standorte im EJ 2017 zweiterfasst worden. Es ist zu erkennen, dass 7 Standorte eine Fehldokumentationsrate von erheblicher Häufigkeit aufweisen und damit zukünftig dem Lenkungsgremium auf Landesebene benannt werden. 3 Standorte weisen besonders häufige Fehldokumentationen auf. Von diesen liegen 2 Standorte bereits über der 15%-Grenze werden jedoch nicht als Standorte mit erheblich häufigen Dokumentationsfehlern ausgewiesen. Hieran erkennt man den oben beschriebenen statistischen Einfluss der Gesamtzahl aller dokumentierten Datenfelder aller Fälle dieses Stichprobenverfahrens. Im Jahr 2019 werden somit insgesamt 10 Standorte erneut im gezielten Datenabgleich zum EJ 2018 überprüft.

17n1-HÜFT-FRAK

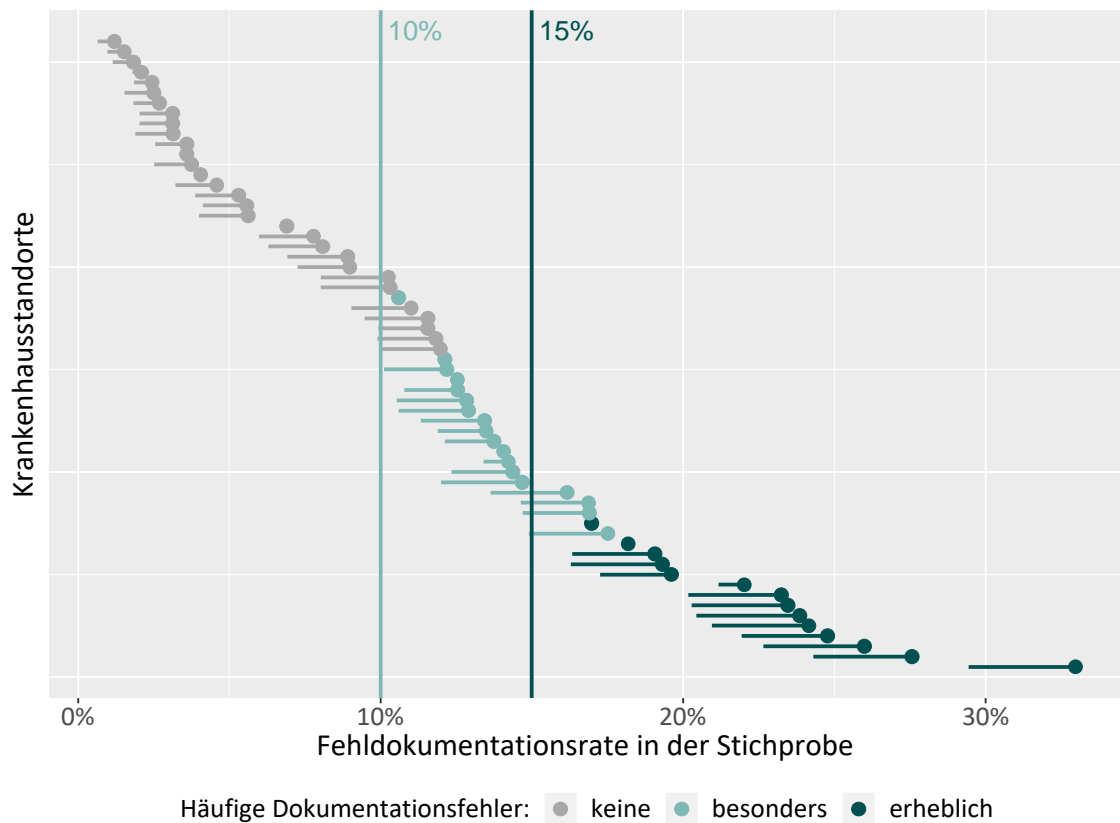


Abbildung 5: Fehldokumentationsrate der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum Auswertungsmodul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)

Hinweis: Wenn die eingezeichnete untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf.

In Abbildung 5 sind die Fehldokumentationsraten des QS-Verfahrens *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* abgebildet. Insgesamt sind 62 Standorte im EJ 2017 zweiterfasst worden. Es ist zu erkennen, dass 14 Standorte eine Fehldokumentationsrate von erheblicher Häufigkeit aufweisen und damit zukünftig dem Lenkungsgremium auf Landesebene benannt werden. 18 Standorte weisen 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. Auch dies liegt an dem oben beschriebenen statistischen Einfluss der Gesamtzahl aller dokumentierten Datenfelder aller Fälle dieses Stichprobenverfahrens. Im Jahr 2019 werden somit insgesamt 32 Standorte erneut im gezielten Datenabgleich zum EJ 2018 überprüft.

HCH-KCH

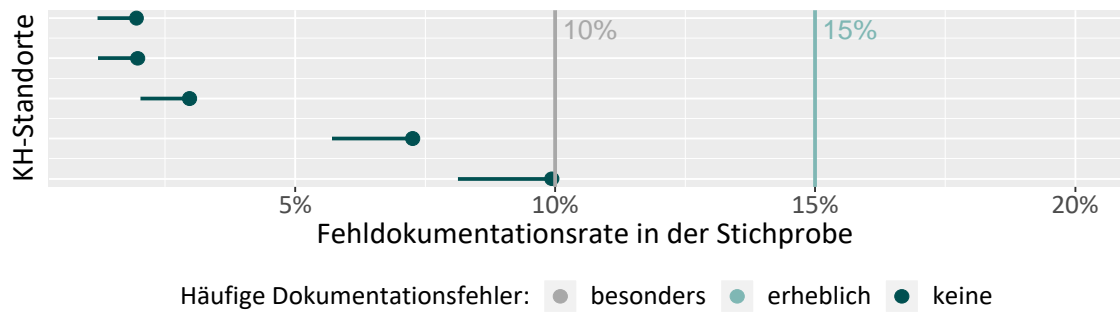


Abbildung 6: Fehldokumentationsrate des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum Auswertungsmodul Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

Hinweis: Wenn die eingezeichnete untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf.

In Abbildung 6 sind die Fehldokumentationsraten des QS-Verfahrens *Koronarchirurgie, isoliert* abgebildet. Insgesamt sind 5 Standorte im EJ 2017 zweiterfasst worden. Es ist zu erkennen, dass kein Standort eine Fehldokumentationsrate von besonderer oder erheblicher Häufigkeit aufweist. Im Jahr 2019 wird jedoch ein Standort gem. § 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 EJ 2018 überprüft.

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Rahmen der Statistischen Basisprüfung von Plausibilität und Vollständigkeit der Dokumentation zum EJ 2017 wurden 8 indirekte und 4 direkte QS-Verfahrensgebiete mit Hilfe von verfahrensbezogenen AKs geprüft. Darunter fallen 19 QS-Verfahren und 5 zusätzliche Teilgebiete (21 Auswertungsmodule). Für alle QS-Verfahren liegen zur Plausibilität und Vollständigkeit insgesamt 33.510 Ergebnisse der AKs vor, welche sich daraus ergeben, dass ein Standort auch zu mehreren AKs Daten liefern kann. Auf Basis der Daten des EJ 2017 wurden 1.019 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von 3,0 % an allen rechnerischen Ergebnisse der AKs. Es waren 153 Standorte (15,0 %) bereits im Vorjahr (EJ 2016) und 32 Standorte (3,1 %) bereits im Vorjahr (EJ 2016) und Vorvorjahr (EJ 2015) rechnerisch auffällig. Von 1.019 rechnerisch auffälligen Standorten zum EJ 2017 wurde an 165 Standorte (16,2 %) ein Hinweis verschickt und 854 Standorte (83,8 %) um eine Stellungnahme gebeten. Ausgehend von 854 Stellungnahmen erfolgten 7 Besprechungen (0,8 %) und 43 Zielvereinbarungen (5,1 %) zur Optimierung der Dokumentationsqualität. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für 306 Standorte (35,8 %) als korrekt [U30, U99] und für 513 Standorte (60,1 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 35 Standorte (4,1 %) wurde die Bewertung Sonstiges [S90, S91, S99] vergeben. Von 513 Standorten mit fehlerhafter Dokumentation wiesen 73 Standorte (14,2 %) im EJ 2016 und 13 Standorte (2,5 %) bereits seit dem EJ 2015 fehlerhafte Dokumentationen auf.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die AKs 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 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit werden pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul in einer Tabelle dargestellt (Tabelle 14 bis Tabelle 34). Zu Beginn wird jeweils ein Überblick über die Verteilung der datenliefernden Standorte, der rechnerischen Auffälligkeiten sowie der fehlerhaften Dokumentation für die AKs der indirekten bzw. direkten QS-Verfahren gegeben. Ebenso werden die relativen Anteile beispielsweise der fehlerhaften Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen mit Hilfe eines Säulendiagramms zwischen den AKs 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 2018“ an den G-BA herangezogen. Die

im Rahmen der Berichterstattung zum Strukturierten Dialog aufgeführten Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten werden zum jeweiligem AK berichtet. Alle Maßnahmen pro AK sowie die detaillierten Einstufungen pro AK 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 AK, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren sind in den zwei folgenden Abbildungen (Abbildung 7, Abbildung 8) dargestellt.

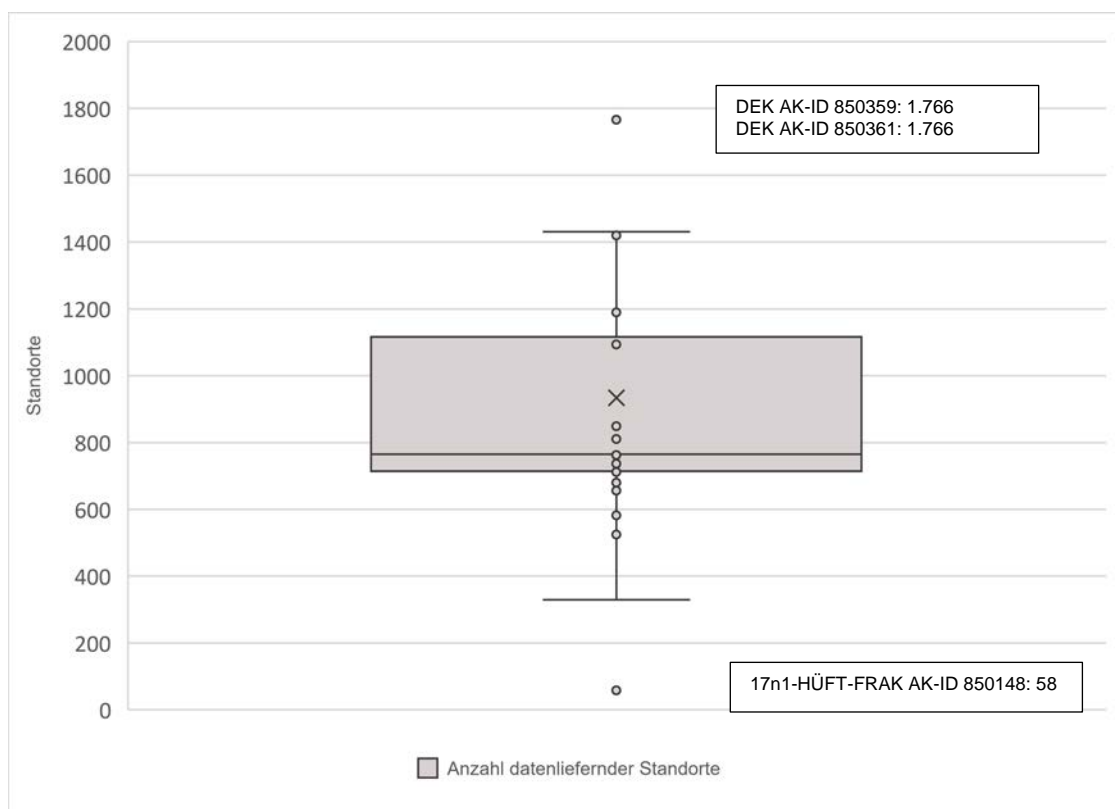


Abbildung 7: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass für die AKs 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 934 Standorte Daten geliefert. Für mindestens 50 % der AKs lieferten 765 Standorte Daten und für mindestens 75 % der AKs lieferten 1.116 Standorte Daten. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Standort auch zu mehreren AKs Daten liefern kann. Das Minimum liegt bei 329 (AK-ID 850207 im Auswertungsmodul NEO) und das Maximum bei 1.431 (AK-ID 811827 im Auswertungsmodul PNEU). Statistische Ausreißer (= 1,5 – 3,0-mal die Differenz zwischen 1.Quartil und 3.Quartil) liegen für einzelne

AKs vor. Das heißt, dass für das AK 850359 und AK 850361 im Auswertungsmodul DEK mit jeweils 1.766 datenliefernden Standorten sehr viele und für die AK 850148 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK mit 58 datenliefernden Standorten sehr wenige Standorte Daten geliefert haben (vgl. Abbildung 7).

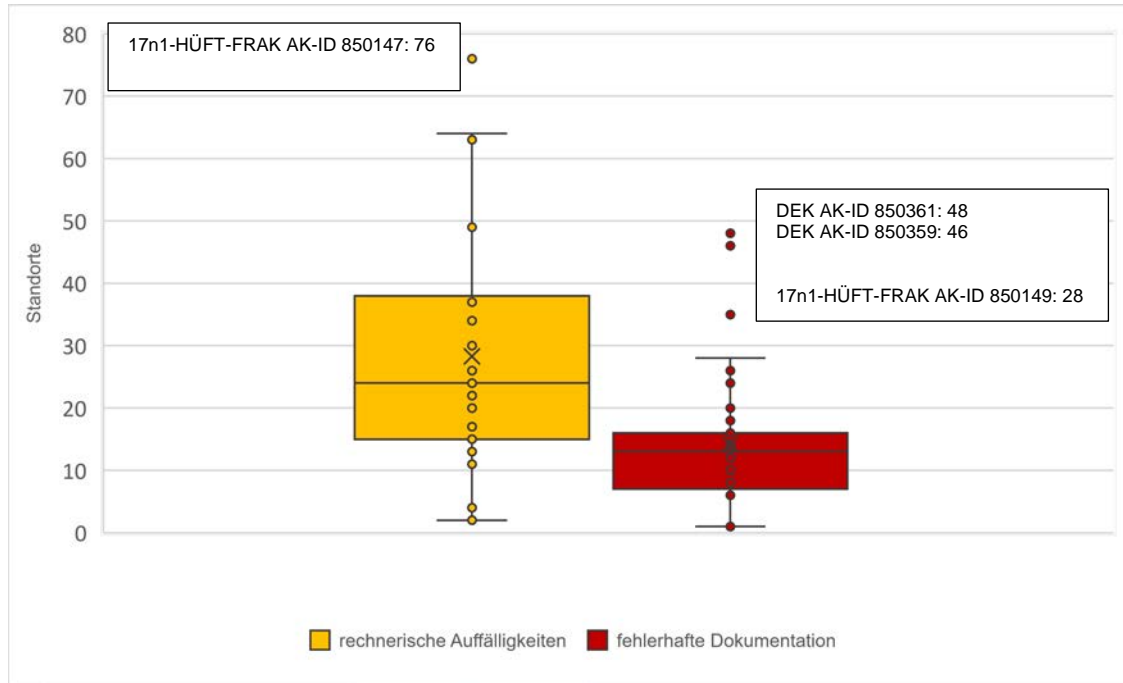


Abbildung 8: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren

Abbildung 8 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der auffällig gewordenen Standorte pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel sind 28,3 Standorte der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit rechnerisch auffällig gewesen. Für mindestens ein Viertel der AKs waren 15 Standorte, für mindestens die Hälfte waren 24 Standorte und für mindestens drei Viertel waren 38 Standorte rechnerisch auffällig. Beispielsweise wiesen 76 rechnerische Auffälligkeiten das AK 850147 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK auf, was einem statistischen Ausreißer entspricht (siehe Abbildung 8).

Fehlerhafte Dokumentationen bestätigten sich 498 Mal in den indirekten Verfahren. Unter allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren wiesen minimal ein Standort und maximal 28 Standorte pro AK fehlerhafte Dokumentationen auf, wobei für drei 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 850147 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK mit jeweils 48, 46 und 35 Standorten bei besonders vielen Standorten fehlerhafte Dokumentationen vorlagen. Für mindestens die Hälfte der AKs hatten 13 Standorte und für mindestens drei Viertel der AKs hatten 16 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 9) bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen (Abbildung 10) gesetzt. Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren ist in folgendem Säulendiagramm (Abbildung 9) abgebildet.

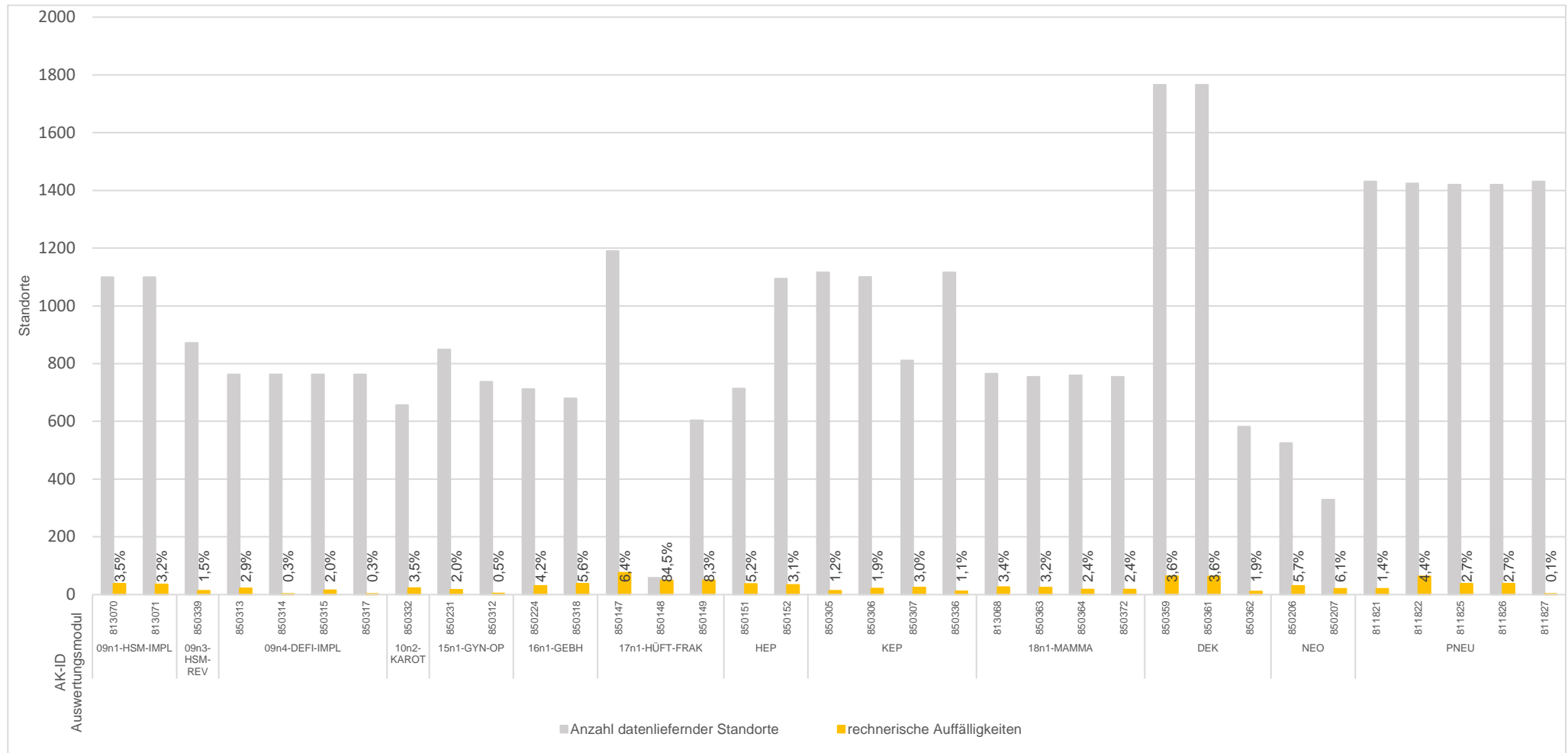


Abbildung 9: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren

Im obigen Säulendiagramm sind die rechnerischen Auffälligkeiten im direkten Vergleich zu den jeweiligen datenliefernden Standorten abgebildet. Es wird deutlich, dass das AK 850148 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK mit 84,5 % den größten Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten im Vergleich zu den anderen AKs abbildet. Das AK mit den meisten rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist das AK 850147 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK, wie in Abbildung 9 zu erkennen. Dennoch beträgt der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten an der Anzahl der datenliefernden Standorte in diesem AK lediglich 6,4 %. Im Vergleich zu allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren hatten Standorte hinsichtlich das AK 850149 aus dem Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK sowie das AK 850206 im Auswertungsmodul NEO mit jeweils 8,3 % und 6,1 % weitere hohe Anteile von rechnerischen Auffälligkeiten an den jeweiligen datenliefernden Standorten. Das AK mit dem kleinsten Anteil rechnerischer Auffälligkeiten (0,1 %) an den datenliefernden Standorten ist das AK 811827 im Auswertungsmodul PNEU.

Während im Boxplot (vgl. Abbildung 8) die Verteilung der Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte pro einzelner AK dargestellt ist, werden im Säulendiagramm in Abbildung 9 die Anteile dieser rechnerischen Auffälligkeiten an allen datenliefernden Standorten zu jedem AK deutlich. Beispielsweise ist im Boxplot zu erkennen, dass für das AK 850148 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK überdurchschnittlich viele Standorte rechnerisch auffällig sind ($n = 49$), obgleich dieses AK nicht das mit Maximalwert war, oder einen statistischen Ausreißer darstellte. Betrachtet man nun Abbildung 9 für dieses AK, erkennt man, dass sich die rechnerischen Auffälligkeiten auf eine geringe Anzahl datenliefernder Standorte zu diesem AK beziehen und daher einen hohen Anteil von 84,5 % ausmacht. Dagegen wird der maximale Wert von 76 rechnerisch auffälligen Standorten (vgl. Abbildung 8) in das AK 850147 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK mit einem Anteil von 6,4 % an den datenliefernden Standorte relativiert (vgl. Abbildung 9).

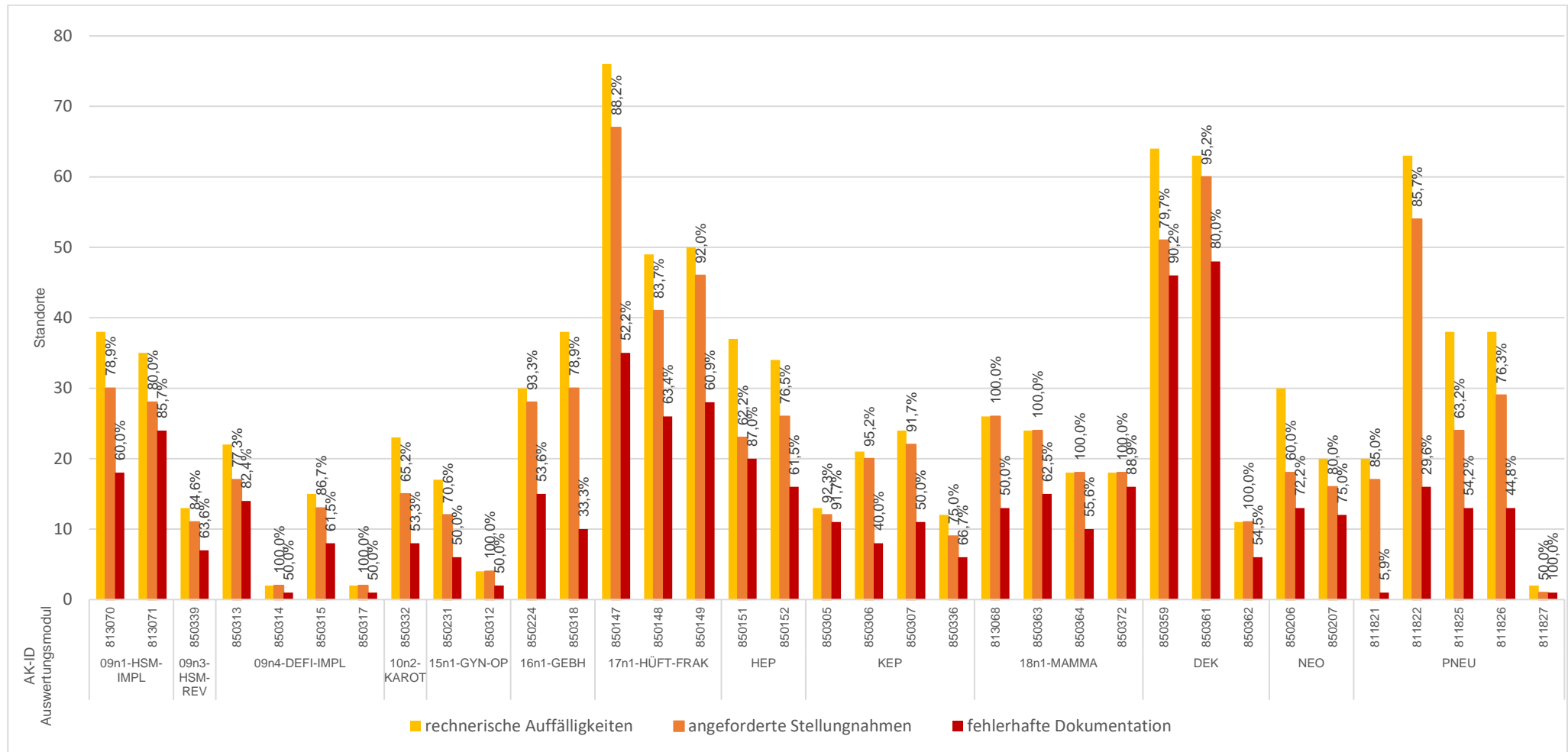


Abbildung 10: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten (1.) und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen (2.) pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren

In obiger Abbildung 10 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro AK 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 von Hinweisen. Anzumerken ist, dass im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA für alle rechnerischen Auffälligkeiten Stellungnahmen angefordert wurden und kein Standort einen Hinweis auf eine rechnerische Auffälligkeit in einem AK erhalten hat. In den folgenden AKs wurde die Dokumentation an den Standorten nach der Stellungnahme in über 85 % der Stellungnahmen als fehlerhaft bewertet:

- PNEU AK-ID 811827 (nur eine Stellungnahme),
- HEP AK-ID 850305,
- 18n1-MAMMA AK-ID 850372,
- DEK AK-ID 850359.

Dagegen hat sich für das AK 811821 im Auswertungsmodul PNEU in lediglich einem von 17 Standorten, die zur Stellungnahme aufgefordert wurden, eine fehlerhafte Dokumentation (5,9 %) erwiesen.

In folgender Abbildung 11 sind die Anteile der auf Grundlage der Stellungnahmen als fehlerhaft eingestufteten Dokumentation an allen datenliefernden Standorten pro AK flächenmäßig dargestellt und die AKs nach QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul in Farbkategorien gruppiert. Durch diese Darstellung besteht die Möglichkeit auf einen Blick Vergleiche zwischen den QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen vorzunehmen.

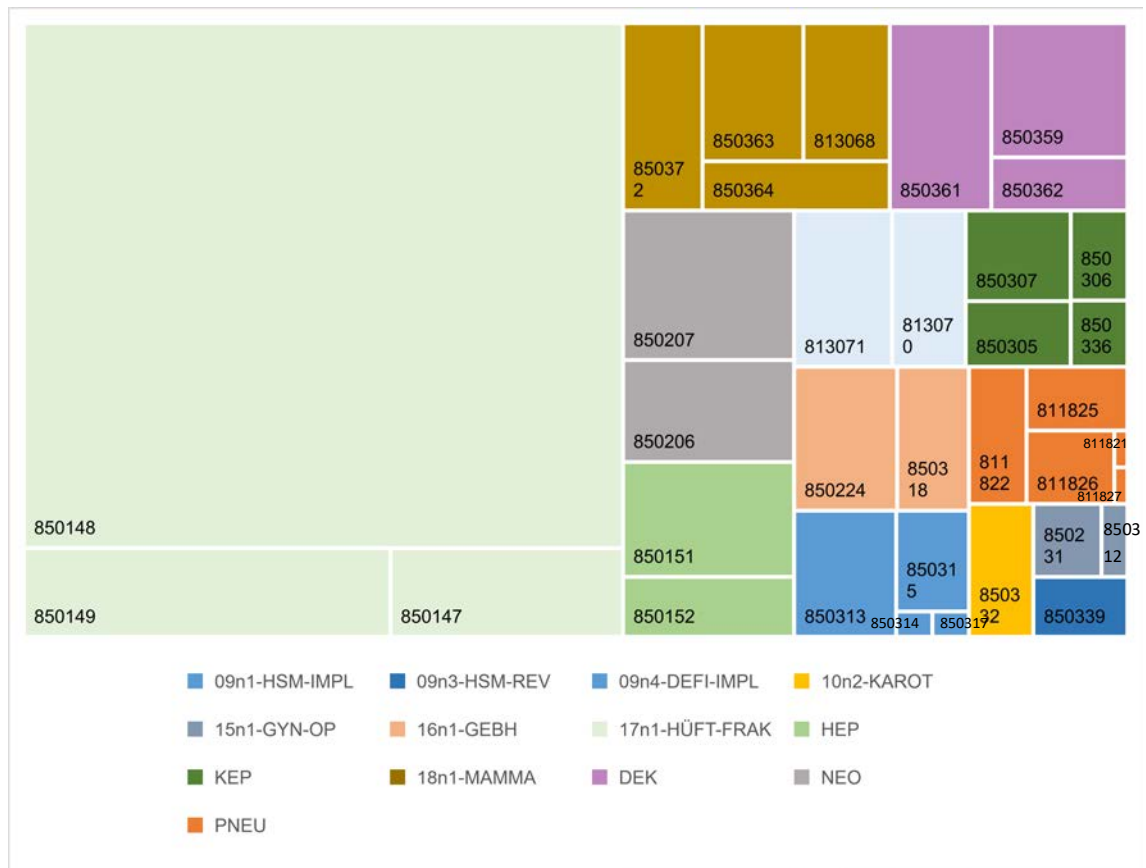


Abbildung 11: Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, farblich gruppiert nach QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul

Bei Abbildung 11 ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass die datenliefernden Standorte für mehrere AKs fehlerhaft dokumentiert haben können. Deshalb sollten die Flächen der Rechtecke (Stellungnahmen aus denen fehlerhafte Dokumentation hervorgehen bezogen auf alle datenliefernden Standorte zu einem AK) nicht zu einem QS-Verfahren aufsummiert werden. Insbesondere die AKs im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK zeigten im Vergleich zu allen anderen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen einen sehr hohen Anteil fehlerhafter Dokumentationen an den datenliefernden Standorten, was überwiegend mit der fehlerhaften Dokumentation in dem AK 850148 zusammenhängt. Absteigend sortiert wiesen die AKs der Auswertungsmodul 18n1-MAMMA, DEK und NEO die nächst höheren Anteile fehlerhafter Dokumentationen auf. Für das Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL und auch für das Auswertungsmodul PNEU zeigten die Standorte im Vergleich zwischen den AKs aller QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wenig fehlerhafte Dokumentationen. Diese Vergleiche sind allerdings zu limitieren, da die QS-Verfahren unterschiedlich viele AKs aufweisen.

In Hinblick auf ausgewählte AKs veranschaulichen Abbildung 12 und Abbildung 13 die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu fehlerhaften Dokumentationen.

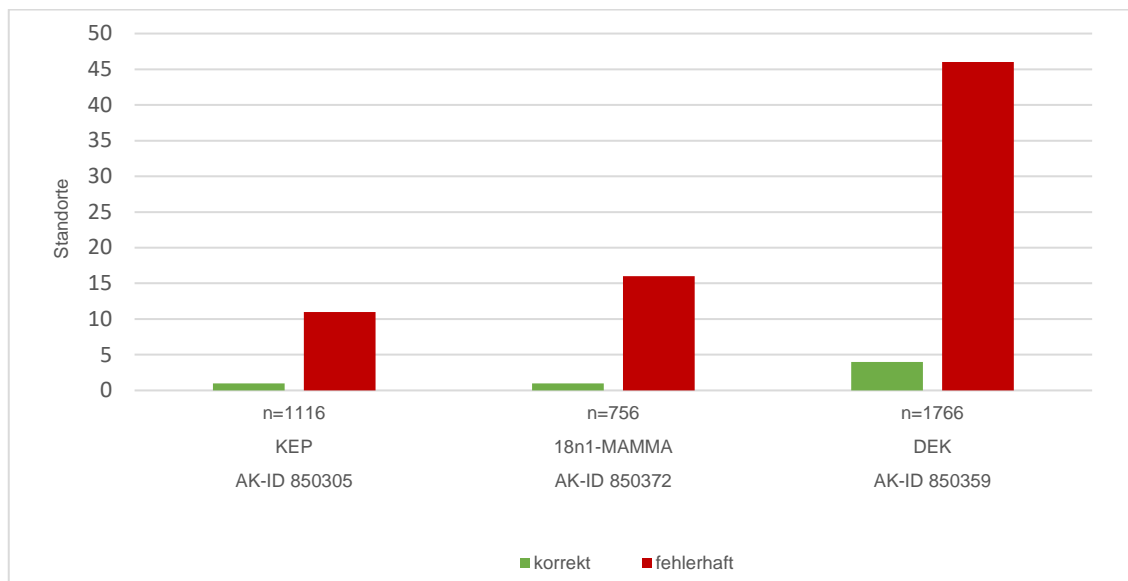


Abbildung 12: Anzahl der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation gegenüber den Standorten mit korrekter Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog für ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren mit einer hohen Rate an fehlerhaften Dokumentationen

Die obige Abbildung 12 zeigt ausgewählte AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, die eine hohe Anzahl von Standorten mit fehlerhafter Dokumentationen aufweisen, bei gleichzeitig sehr niedriger Anzahl Standorten mit korrekter Dokumentation. So wurden von den rechnerisch auffälligen Standorten für das AK 850372 im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA 16 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation und lediglich einem Standort eine korrekte Dokumentation attestiert.

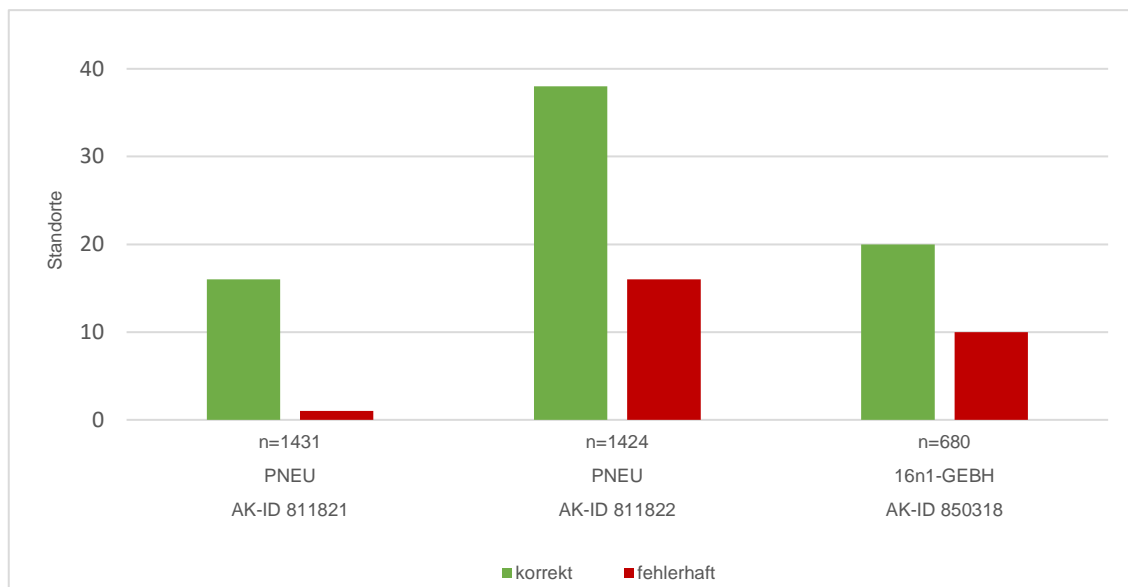


Abbildung 13: Anzahl der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation gegenüber den Standorten mit korrekter Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog für ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren mit einer hohen Rate an korrekter Dokumentation

Gegensätzlich zur Abbildung 12, zeigt obige Abbildung 13 ausgewählte AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, die eine sehr niedrige Anzahl von fehlerhaften Dokumentationen bei gleichzeitig sehr hoher Anzahl korrekter Dokumentationen aufweisen. Beispielsweise sind im Auswertungsmodul PNEU für die AKs 811821 und 811822 in mindestens doppelt so vielen Stellungnahmen korrekte Dokumentationen im Vergleich zu fehlerhaften Dokumentationen zurückgemeldet worden.

Im Folgenden wird für die rechnerischen Auffälligkeiten sowie für die fehlerhaften Dokumentationen Bezug zu den EJ 2016 und EJ 2015 genommen. In Tabelle 13 werden die wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten in ausgewählten AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren abgebildet. Dargestellt werden AKs, die eine besonders hohe wiederholte rechnerische Auffälligkeit aufwiesen. Das AK 850359 aus dem Auswertungsmodul DEK hatte die höchste Anzahl rechnerischer Auffälligkeit im EJ 2017 hatte, wobei die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten für die AKs 850361 und 811822 nicht wesentlich kleiner waren. In Hinblick auf das EJ 2015 ist auffällig, dass 4 der 6 Standorte aus dem EJ 2016 für das AK 850318 bereits im Vorjahr auffällig gewesen sind. Im Vergleich zwischen den AKs weist das AK 850359 aus dem Auswertungsmodul DEK die häufigsten wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten auf. Es lagen hier 14 Standorte vor, die seit dem EJ 2016 und 7 Standorte vor, die bereits seit dem EJ 2015 rechnerisch auffällig gewesen sind. Neben den wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten werden ausgewählte AKs mit einer hohen wiederholten fehlerhaften Dokumentation dargestellt. Im Zusammenhang ist zu erkennen, dass sich die wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsmodul DEK (AK 850359, AK 850361) auch als wiederholte fehlerhafte Dokumentation erwiesen. Ungefähr die Hälfte der Standorte, die einmal hinsichtlich dem AK 850359 im Auswertungsmodul DEK wiederholt auffällig waren bzw. wiederholt fehlerhaft dokumentiert hatten (EJ 2017 + EJ 2016), waren auch im Jahr davor (EJ 2015) rechnerisch auffällig bzw. hatten fehlerhaft dokumentiert. Hinsichtlich des Auswertungsmoduls 09n1-HSM-IMPL wiesen fast ein Fünftel der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation in dem AK 813071 bereits im Vorjahr (EJ 2016) Dokumentationsfehler auf.

Tabelle 13: Ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren mit einem hohen Anteil an wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten (links) und an wiederholten fehlerhaften Dokumentationen (rechts)

QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten			Fehlerhafte Dokumentation		
		EJ 2017	EJ 2017+ EJ 2016	EJ 2017+ EJ 2016+ EJ 2015	EJ 2017	EJ 2017+ EJ 2016	EJ 2017+ EJ 2016+ EJ 2015
09n1-HSM-IMPL	813071	35	6	3	24	5	1
16n1-GEBH	850318	38	6	4	10	2	1
DEK	850359	64	14	7	46	11	6
DEK	850361	63	10	5	48	8	2
PNEU	811822	63	20	0	16	4	0

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

Herzschrittmacher und Defibrillatoren

4.1 Herzschrittmacherversorgung

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

AK-ID 813070= Häufig führendes Symptom „sonstiges“

38 (3,4 %) der datenliefernden Standorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in der *häufigen Verwendung des führenden Symptoms „sonstiges“* auf, wobei 8 bereits im EJ 2016 auffällig waren. 30 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. Für 60 % (n = 18) der zur Stellungnahme aufgeforderten Krankenhausstandorte wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Eine LQS meldet zurück, dass beispielsweise Symptome zur HSM-Implantation fälschlicherweise als „sonstiges“ kodiert wurden. Eine fehlerhafte Dokumentation wurde an 2 Standorten bereits zum EJ 2016 dokumentiert.

AK-ID 813071= Häufig führende Indikation „sonstiges“

35 (3,2 %) der datenliefernden Standorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in der *häufigen Verwendung der führenden Indikation „sonstiges“* auf. 28 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 85,7 % (n = 24) der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Begründet wurden fehlerhafte Dokumentationen nach Bericht einer LQS beispielsweise mit personellen Engpässen. 5 der 24 fehlerhaften Dokumentationen wiederholten sich seit dem EJ 2016 und eine bereits seit dem EJ 2015. 6 Standorte wiesen sowohl in dem AK 813070, als auch in dem AK 813071 rechnerische Auffälligkeiten auf.

Tabelle 14: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmo-
dul 09n1-HSM-IMPL

	AK-ID	813070	813071
Anzahl datenliefernder Standorte		1.099	1.099
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		38	35
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		8	6
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		2	3
Maßnahmen			
Hinweise verschickt		8	7
Stellungnahmen angefordert		30	28
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung		0	0
Begehung		0	0
Zielvereinbarung		1	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		12	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		18	24
Sonstiges [S90, S91, S99]		0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		2	5
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	1

AK-ID 813070= Häufig führendes Symptom „sonstiges“

AK-ID 813071= Häufig führende Indikation „sonstiges“

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

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

Von 872 datenliefernden Standorten waren 13 (1,5 %) rechnerisch auffällig in der Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder in der fehlenden Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen. 11 von 13 Standorten wurden zu einer Stellungnahme aufgefordert, wobei für 7 (63,6 %) Standorte im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde.

Tabelle 15: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV

	AK-ID	850339
Anzahl datenliefernder Standorte		872
Rechnerische Auffälligkeiten		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		13
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0
Maßnahmen		
Hinweise verschickt		2
Stellungnahmen angefordert		11
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechung		0
Begehung		0
Zielvereinbarung		0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		7
Sonstiges [S90, S91, S99]		0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0

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

4.2 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09n4-DEFI-IMPL)

AK-ID 850313= Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“

22 (3,4 %) der datenliefernden Standorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in der *Häufigkeit indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“* auf. Für 6 Standorte wiederholten sich die Auffälligkeiten nach einem Jahr und für 2 der 22 Standorte sogar seit zwei Jahren. 17 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 82,4 % (n = 14) der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. 3 von 14 Standorten haben rückblickend auf das EJ 2016 im EJ 2017 wiederholt eine fehlerhafte Dokumentation aufgewiesen. Mit einem

Standort wurde eine Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität geschlossen.

AK-ID 850314= Häufig ICD-System „sonstiges“

Von allen datenliefernden Standorten waren 2 Standorte (0,3 %) in dem AK *Häufig ICD-System „sonstiges“* auffällig. Während ein Standort nach dem Strukturiertem Dialog die korrekte Dokumentation bestätigte, wurde an einem anderen Standort eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Dieser Standort war bereits im EJ 2016 und damit wiederholt rechnerisch auffällig. Als weiterführende Maßnahme wurde eine Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität geschlossen.

AK-ID 850315= Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“

15 (2,0 %) der datenliefernden Standorte waren in dem AK *Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“* rechnerisch auffällig. 13 (86,7 %) dieser Standorte wurden um Stellungnahme gebeten. Bei über einem Drittel konnte die korrekte Dokumentation bestätigt werden. An 8 Standorten wurde die Dokumentation nach dem Strukturiertem Dialog als fehlerhaft bewertet.

AK-ID 850317= Angabe von ASA 5

2 (0,3 %) der datenliefernden Standorte waren in dem AK *Angabe von ASA 5* rechnerisch auffällig. Beide wurden um eine Stellungnahme gebeten. Nach Angaben einer LQS begründete einer der Standorte die häufige Dokumentation von ASA 5 mit klinischen Einzelfällen.

Tabelle 16: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL

	AK-ID	850313	850314	850315	850317
Anzahl datenliefernder Standorte		763	763	763	763
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		22	2	15	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		6	1	4	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		2	0	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt		5	0	2	0
Stellungnahmen angefordert		17	2	13	2
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung		0	0	0	0
Begehung		0	0	0	0
Zielvereinbarung		1	1	0	0

AK-ID	850313	850314	850315	850317
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	3	1	5	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	14	1	8	1
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	3	0	1	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	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

Gefäßchirurgie

4.3 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT)

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

23 (3,5 %) von 656 datenliefernden Standorten waren in dem AK *Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten* rechnerisch auffällig. Wiederholt rechnerisch auffällig aus dem EJ 2016 waren 4 (17,4 %) Standorte. Es wurden 15 Stellungnahmen angefordert, von denen 6 Standorte eine korrekte Dokumentation belegen konnten. Nach Angaben einer LQS lagen Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten bei korrekter Dokumentation in der Komorbidität der Patienten.

Tabelle 17: Ergebnisse zu dem Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT

AK-ID	850332
Anzahl datenliefernder Standorte	656
Rechnerische Auffälligkeiten	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	23
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	1

AK-ID	850332
Maßnahmen	
Hinweise verschickt	8
Stellungnahmen angefordert	15
Weiterführende Maßnahmen	
Besprechung	3
Begehung	0
Zielvereinbarung	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	6
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	8
Sonstiges [S90, S91, S99]	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen	
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0

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

Gynäkologische Operationen

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

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

Von 849 datenliefernden Standorten waren 17 (2,0 %) Standorte in der *häufigen Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund* rechnerisch auffällig. 12 (70,6 %) wurden zur Stellungnahme aufgefordert. Für die Hälfte der Standorte konnte eine korrekte Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog bestätigt werden. Gründe für rechnerische Auffälligkeiten gemäß einer LQS seien in 2 Fällen falsch verwendete ICD-Codes gewesen und gemäß einer weiteren LQS eine nicht ausreichend spezifische Dokumentation.

AK-ID 850312= Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Von 4 (0,5 %) Standorten, die rechnerisch auffällig hinsichtlich des *Fehlens von Komplikationen bei hoher Verweildauer* waren, war ein Standort in Bezug auf das EJ 2016 wiederholt rechnerisch auffällig. Alle Standorte wurden zur Stellungnahme aufgefordert und für 2 Standorte konnte eine korrekte Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog bestätigt werden. Nach LQS-Angaben habe sich die hohe Verweildauer mit einer proktochirurgischen Hauptdiagnose in einem Einzelfall begründet, wobei der gynäkologische Eingriff eine Zusatzoperation dargestellt habe.

Tabelle 18: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmo-
dul 15n1-GYN-OP

	AK-ID	850231	850312
Anzahl datenliefernder Standorte		849	737
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		17	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt		5	0
Stellungnahmen angefordert		12	4
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung		0	0
Begehung		0	0
Zielvereinbarung		0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		5	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		6	2
Sonstiges [S90, S91, S99]		1	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0

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

AK-ID 850312= Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Perinatalmedizin

4.5 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 712 datenliefernden Standorten waren 30 (4,2 %) Standorte in dem AK Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess rechnerisch auffällig. Über ein Drittel waren bereits im EJ 2016 rechnerisch auffällig. Von 28 angeforderten Stellungnahmen wurde in 15 (53,6 %) Standorten

die Dokumentation als fehlerhaft bewertet. Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen wiesen 4 (26,7 %) Standorte auf. Mit drei Standorten wurden Ziele zur Optimierung der Dokumentationsqualität vereinbart. Gründe für die fehlerhafte Dokumentation, die von den LQS berichtet werden, seien Softwareprobleme, ein defektes SBH-Gerät oder ein Fehler im pH-Gerät. Die genauere Recherche einiger Fälle habe eine Häufung von nichtbestimmbarem arteriellen pH-Wert bei einzelnen Hebammen ergeben, sodass der Standort in diesem Bereich eine Nachschulung zur Optimierung der Ergebnisqualität durchführen werden wird. Neben der fehlerhaften Abnahme seien des Weiteren Eingabefehler als Gründe für fehlerhafte Dokumentationen benannt.

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

38 (5,6 %) der datenliefernden Standorte waren hinsichtlich der *Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten* rechnerisch auffällig. Von den 38 rechnerisch auffälligen Standorten waren 6 Standorte seit dem EJ 2016 und 4 Standorte bereits seit dem EJ 2015 rechnerisch auffällig. Anzumerken ist, dass von 30 angeforderten Stellungnahmen für zwei Drittel eine korrekte Dokumentation bestätigt werden konnte (n = 20). Dagegen hatten 2 Standorte seit dem EJ 2016 und 1 Standort auch seit dem EJ 2015 fehlerhafte Dokumentationen. In einem Länderbericht einer LQS werden Softwareprobleme und Dokumentationsfehler als Gründe für fehlerhafte Dokumentationen angeführt. Eine andere LQS berichtet von einem Einzelfall, bei dem aus einer geplanten Sectio in Spinalanästhesie eine Sectio in Intubationsnarkose gewechselt und dies dann als Notsectio dokumentiert worden sei.

Tabelle 19: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH

	AK-ID	850224	850318
Anzahl datenliefernder Standorte		712	680
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		30	38
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		11	6
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	4
Maßnahmen			
Hinweise verschickt		2	8
Stellungnahmen angefordert		28	30
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung		0	0
Begehung		0	0
Zielvereinbarung		3	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		4	20

AK-ID	850224	850318
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	15	10
Sonstiges [S90, S91, S99]	9	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	4	2
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	1

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

4.6 Neonatologie (NEO)

AK-ID 850206= Aufnahmetemperatur nicht angegeben

30 (3,4 %) der 525 datenliefernden Standorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit hinsichtlich der *nicht angegebenen Aufnahmetemperatur* auf. 18 (60,0 %) Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 72,2 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt (n = 13). Rechnerische Auffälligkeiten und fehlerhafte Dokumentationen aus dem Vorjahr (EJ 2016) wiederholten sich nicht.

Von den LQS wurde berichtet, dass sich rechnerische Auffälligkeiten mit Softwareproblemen und Dokumentationsfehlern begründen ließen, z.B. durch klinikinterne Verlegungen mit falscher Datenübernahme. Andere LQS berichten, dass die Fehlangaben mit unterschiedlichen Priorisierungen und Kapazitätsmängeln in Verbindung gebracht würden, beispielsweise mit der Zuverlegung von Frühgeborenen oder der Versorgung pulmonaler Anpassungsstörungen.

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

Von 20 rechnerisch auffälligen Standorten (6,1 % der 329 datenliefernden Standorte) waren keine wiederholt rechnerisch auffällig in dem AK *Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme*. Bei 12 von 16 Standorten (75 %), die zur Stellungnahmen aufgefordert wurden, wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Ebenso wie hinsichtlich der Aufnahmetemperatur (AK-ID 850206) wird durch eine LQS gemeldet, dass auch bei diesem AK die rechnerischen Auffälligkeiten mit Softwareproblemen und Dokumentationsfehlern, u.a. durch die klinikinterne Verlegung mit falscher Datenübernahme zu begründen seien.

Tabelle 20: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmo-
dul NEO

	AK-ID	850206	850207
Anzahl datenliefernder Standorte		525	329
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		30	20
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt		12	4
Stellungnahmen angefordert		18	16
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung		0	1
Begehung		0	0
Zielvereinbarung		0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		5	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		13	12
Sonstiges [S90, S91, S99]		0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0

AK-ID 850206= Aufnahmetemperatur nicht angegeben

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

Orthopädie/ Unfallchirurgie

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

AK-ID 850147= Angabe von ASA 5

Von 1.190 datenliefernden Standorten waren 76 (6,4 %) rechnerisch auffällig in der AK *Angabe von ASA 5*. 67 von 76 Standorten wurden zu einer Stellungnahme aufgefordert, wobei in 35 (52,2 %) Standorten nach dem Strukturiertem Dialog eine fehlerhafte Dokumentation und in 30 (44,8 %) eine korrekte Dokumentation festgestellt wurde. Als Gründe für rechnerische Auffälligkeiten wurden Fehlklassifikationen in der Dokumentation sowie multimorbide Patienten genannt.

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

49 (84,5 %) von 58 datenliefernden Standorten waren in dem AK *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation* rechnerisch auffällig. Wiederholt rechnerisch auffällig war kein Standort. 41 Stellungnahmen wurden angefordert, wobei 12 (29,3 %) Standorte die korrekte Dokumentation belegten und für 26 (63,4 %) Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde. Mit fünf Standorten wurden Zielvereinbarungen zur Optimierung der Dokumentationsqualität getroffen. Von zwei LQS werden als Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten Kodierungsfehler genannt.

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

50 (8,3 %) der datenliefernden Standorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in der *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen* auf. 46 (92,0 %) Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. Für 28 (60,9 %) Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte und für 17 Stellungnahmen (37,0 %) eine korrekte Dokumentation festgestellt. Mit 3 Standorten wurde eine Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität geschlossen.

Eine LQS berichtet, dass die ICD-10 Diagnose T81.0 (Blutungen und Hämatome als Komplikation eines Eingriffes) nur zu dokumentieren sei, wenn Interventionsbedarf bestünde, während Bluttransfusionen nicht berücksichtigt würden.

Tabelle 21: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK

	AK-ID	850147	850148	850149
Anzahl datenliefernder Standorte		1.190	58	604
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		76	49	50
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	0	0

AK-ID	850147	850148	850149
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	9	8	4
Stellungnahmen angefordert	67	41	46
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	5	3
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	30	12	17
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	35	26	28
Sonstiges [S90, S91, S99]	2	3	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0

AK-ID 850147= Angabe von ASA 5

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

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

4.8 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

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

Von 714 datenliefernden Standorten waren 37 (5,2 %) rechnerisch auffällig hinsichtlich des AK *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur*. 23 (62,2 %) Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten wurden um Stellungnahme gebeten. Bei 87,0 % (n = 20) dieser Standorte wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

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

34 (3,1 %) der 1.094 datenliefernden Standorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in dem AK *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder*

postoperativer Komplikationen auf. 26 (76,5 %) Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. Bei 16 (61,5 %) Standorten wurde eine fehlerhafte und bei 8 (30,8 %) Standorten eine korrekte Dokumentation festgestellt. Nach Angaben einer LQS wurden rechnerische Auffälligkeiten, wie auch bei dem AK 850149, darin begründet, dass Komplikationen wie die Gabe von Blutpräparaten, fälschlicherweise dokumentiert worden seien.

Tabelle 22: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HEP

	AK-ID	850151	850152
Anzahl datenliefernder Standorte		714	1094
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		37	34
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt		14	8
Stellungnahmen angefordert		23	26
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung		0	0
Begehung		0	0
Zielvereinbarung		0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		3	8
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		20	16
Sonstiges [S90, S91, S99]		0	2
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0

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

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

4.9 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

AK-ID 850305= Angabe von ASA 5

Von 1.116 datenliefernden Standorten waren 13 (1,2 %) rechnerisch auffällig in der häufigen *Angabe von ASA 5*. Ein Standort davon war wiederholt rechnerisch auffällig aus dem EJ 2016. Bei über 90 % der 12 Standorte, die zur Stellungnahme aufgefordert wurden, wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Ein Standort aus dem EJ 2016 wies wiederholt fehlerhafte Dokumentationen auf. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität getroffen.

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

21 (1,9 %) der 1.100 datenliefernden Standorten wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in dem *AK Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen* auf. Bei 2 Standorten traten diese Auffälligkeiten wiederholt auf. 20 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 40,0 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation (n = 8) festgestellt. 2 von 8 Standorten wiesen rückblickend auf das EJ 2016 im EJ 2017 wiederholt eine fehlerhafte Dokumentation auf. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität geschlossen. Begründet wurden rechnerische Auffälligkeiten bei bestätigter korrekter Dokumentation nach Rückmeldungen einer LQS mit Einzelfallentscheidungen und Komorbiditäten.

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

Von 811 datenliefernden Standorten waren 24 (3,0 %) rechnerisch auffällig in dem *AK Häufige Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen*. 2 Standorte waren wiederholt rechnerisch auffällig. Bei 22 (91,7 %) Standorten mit rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine Stellungnahme angefordert. Die Dokumentation bei 50 % dieser Standorte (n = 11) wurde als fehlerhaft eingestuft. 2 der Standorte wiesen aus dem EJ 2016 wiederholt fehlerhafte Dokumentationen der Komplikationsdiagnosen auf.

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

In dem *AK Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur* waren 12 (1,1 %) von 1.116 Standorten rechnerisch auffällig, wobei 4 Standorte bereits im EJ 2016 rechnerisch auffällig waren. Von 9 angeforderten Stellungnahmen wurde für zwei Drittel der Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Die Hälfte dieser Standorte wies bereits im Vorjahr eine fehlerhafte Dokumentation auf. Aus dem Länderbericht einer LQS geht hervor, dass rechnerische Auffälligkeiten durch Einzelfälle begründbar seien. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass der Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten auch eine hohe Anzahl datenliefernder Standorte zu Grunde liegt.

Tabelle 23: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmo-
dul KEP

AK-ID	850305	850306	850307	850336
Anzahl datenliefernder Standorte	1.116	1.100	811	1.116
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	13	21	24	12
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	1	2	2	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus 2016 und EJ 2015	0	0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt	1	1	2	3
Stellungnahmen angefordert	12	20	22	9
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	1	1	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	12	9	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	11	8	11	6
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	2	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	1	2	2	3
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	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= Häufige Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/o-
der postoperativer Komplikationen

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

Mammachirurgie

4.10 Mammachirurgie (18n1-MAMMA)

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

26 (3,4 %) der 756 datenliefernden Standorte waren rechnerisch auffällig in dem AK „Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“. Fast ein Drittel der Standorte war bereits im EJ 2016 rechnerisch auffällig und 2 Standorte waren seit dem EJ 2015 rechnerisch auffällig. Alle rechnerisch auffälligen Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten, wobei für 11 (42,3 %) Standorte eine korrekte und 13 (50,0 %) Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde. Für 5 (38,5 %) von 13 Standorten lag bereits im Vorjahr eine fehlerhafte Dokumentation vor. Angeführte Gründe für rechnerische Auffälligkeiten seien nach Angaben einer LQS Dokumentationsfehler und nach Angaben einer anderen LQS Einzelfälle wie ein prophylaktischer Eingriff mit keinem Nachweis maligner Zellen nach einem vorangegangenen operativen Eingriff.

AK-ID 850363= Häufige Angabe „HER“-Status = unbekannt?

24 (3,2 %) der 754 datenliefernden Standorte waren rechnerisch auffällig in dem AK *Häufige Angabe „HER“-Status = unbekannt*. 6 der 24 Standorte waren bereits im Vorjahr (EJ 2016) und 2 bereits seit dem EJ 2015 rechnerisch auffällig. Von den 24 angeforderten Stellungnahmen konnte bei 8 (33,3 %) Standorten eine korrekte Dokumentation und bei 15 (62,5 %) Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Eine fehlerhafte Dokumentation aus dem EJ 2016 wiederholte sich für 3 Standorte. Mit einem Standort wurde eine Besprechung geführt und mit 4 Standorten Ziele zur Optimierung der Dokumentationsqualität vereinbart. Gründe für rechnerische Auffälligkeiten sind gemäß einer LQS Einzelfälle: Bei einem Einzelfall an einem auffälligen Standort handelte es sich um einen Patienten, der bereits abladiert war und in einem anderen Fall habe ein bereits behandeltes lobuläre Karzinom vorgelegen. Hier sei nach der interdisziplinären Tumorkonferenz zusätzlich die Indikation zur Lymphknotenexstirpation gestellt worden.

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

Von 18 (2,4 %) rechnerisch auffälligen Standorten der insgesamt 759 datenliefernden Standorte waren 3 (16,7 %) Standorte im Vorjahr (EJ 2016) und ein Standort (5,6 %) bereits in den letzten beiden Vorjahren (EJ 2015 + EJ 2016) rechnerisch auffällig in dem AK *Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“*. In 7 (38,9 %) von 18 Standorten, die zur Stellungnahmen aufgefordert wurden, konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. 10 Standorte (55,5 %) wiesen eine fehlerhafte Dokumentation auf, wobei 3 Standorte (30,0 %) wiederholt fehlerhaft dokumentieren. Insbesondere ein Standort dokumentiert die Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ seit drei aufeinanderfolgenden EJ fehlerhaft. Von zwei LQS sind folgende Beispiele für eine korrekte und eine fehlerhafte Dokumentation zu entnehmen: Das Beispiel für die korrekte Dokumentation basiert auf einem Fall, bei dem lediglich die palliative Axilladissektion (Exstirpation von Tumormassen axillär) bei symptomatischer Metastasierung rechts erfolgte sei. Die Tumorerstdiagnose wurde also wesentlich früher gestellt. Es erfolgten

lediglich komplementärmedizinische Therapien seit 2015. Eine Angabe zu R0- Resektion sei damit nicht möglich. Eine fehlerhafte Dokumentation dagegen begründe sich mit einer Sentinel-Entnahme vor einer neoadjuvanten Chemotherapie, wobei auch hier keine histologischen Ergebnisse vorlagen.

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

Von 754 datenliefernden Standorten waren 18 (2,4 %) in dem AK *Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus= unbekannt“* rechnerisch auffällig. Für 3 (16,7 %) Standorte wiederholte sich diese Auffälligkeit aus dem Vorjahr (EJ 2016). Fast alle (88,9 %) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden nach dem Strukturierten Dialog als fehlerhafte Dokumentation eingestuft. Die fehlerhafte Dokumentation aus dem EJ 2016 wiederholte sich bei 2 der 16 Standorte. Mit einem Standort erfolgte eine Besprechung und mit einem weiteren wurde eine Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität getroffen. Beispiele zur Begründung für rechnerische Auffälligkeiten wurden von einer LQS für zwei Einzelfälle benannt. Bei einem Fall handelte es sich um einen Patienten, der bereits abladiert gewesen sei, im anderen Fall hätte ein bereits behandeltes lobuläre Karzinom vorgelegen. Hier wurde nach der interdisziplinären Tumorkonferenz zusätzlich die Indikation zur Lymphknotenexstirpation gestellt.

Tabelle 24: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA

	AK-ID	813068	850363	850364	850372
Anzahl datenliefernder Standorte		765	754	759	754
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		26	24	18	18
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		8	6	3	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		2	2	1	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt		0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert		26	24	18	18
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung		0	1	0	1
Begehung		0	0	0	0
Zielvereinbarung		0	4	0	1
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		11	8	7	1

AK-ID	813068	850363	850364	850372
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	13	15	10	16
Sonstiges [S90, S91, S99]	2	1	1	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	5	3	3	2
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	1	0

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

AK-ID 850363= Häufige Angabe „HER“-Status = unbekannt?

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

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

Pflege

4.11 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)

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

Von 1.766 datenliefernden Standorten waren 64 (3,6 %) rechnerisch auffällig in dem AK „Häufige Angabe „POA= Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/ Kategorie 1)“. Insgesamt 51 Standorte wurden um Stellungnahme gebeten und an 13 Standorte wurde ein Hinweis verschickt. Für über 90 % der um Stellungnahme gebetenen Standorte (n = 46) wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. 14 (21,9 %) Standorte waren wiederholt rechnerisch auffällig seit dem EJ 2016 und 7 (10,9 %) bereits seit dem EJ 2015. 11 der 14 Standorte aus dem EJ 2016 wiesen wiederholt fehlerhafte Dokumentationen auf und 6 hatten bereits seit dem EJ 2015 fehlerhafte Dokumentationen hinsichtlich der POA-Angabe aufzuweisen. Als weiterführende Maßnahme wurde mit 6 Standorten eine Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität getroffen. Rechnerische Auffälligkeiten in einem Standort wurden nach Angaben einer LQS mit einer fehlerhaften Dokumentation sowie Systemfehlern durch die Umstellung zweier elektronischer Systeme begründet.

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

63 (3,6 %) der 1.766 datenliefernden Standorte waren rechnerisch auffällig in dem AK *Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“*. 10 der 63 Standorte waren bereits im Vorjahr (EJ 2016) und 5 bereits seit dem EJ 2015 rechnerisch auffällig. Von 60 angeforderten Stellungnahmen wurde bei 10 (16,7 %) Standorten eine korrekte Dokumentation und bei 48 (80,0 %) Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Eine wiederholte fehlerhafte Dokumentation aus dem EJ 2016 wiesen 8 Standorte und eine wiederholte fehlerhafte Dokumentation aus dem EJ 2015 und dem EJ 2016 wiesen 2 Standorte auf. Mit 6 Standorten wurde eine

Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität getroffen. Gründe für eine fehlerhafte Dokumentation können nach Angaben einer LQS beispielsweise die falsche Kodierung von Dekubitus in der Pflegeakte oder nach Angaben einer anderen auch Übertragungsfehler sein. Ebenso habe in einem anderen Standort beispielsweise die Erfassung der Risikofaktoren nicht bzw. in anderen Dokumenten erfolgt, sodass die Dokumentation für die QS nicht auffindbar gewesen sei.

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

11 (1,9 %) der 582 datenliefernden Standorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in dem AK *Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung* auf. Für 3 Standorte lagen bereits im Vorjahr (EJ 2016) und für 2 Standorte in den letzten beiden Vorjahren rechnerische Auffälligkeiten vor, obgleich es zu keiner wiederholten fehlerhaften Dokumentation kam. 11 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 54,5 % (n = 6) der Stellungnahmen wurde für das EJ 2017 die Dokumentation als fehlerhaft eingestuft. Von einer LQS wurde berichtet, dass rechnerische Auffälligkeiten von einem Standort mit dem fehlenden Datenfeld „nicht einstuftbare“ Dekubitus begründet wurde. Um eine Verzerrung der Ergebnisse nach oben zu vermeiden, sei dann Dekubitus Grad 4 angegeben worden.

Tabelle 25: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul DEK

	AK-ID	850359	850361	850362
Anzahl datenliefernder Standorte		1.766	1.766	582
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		64	63	11
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		14	10	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		7	5	2
Maßnahmen				
Hinweise verschickt		13	3	0
Stellungnahmen angefordert		51	60	11
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung		0	0	0
Begehung		0	0	0
Zielvereinbarung		6	6	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		4	10	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		46	48	6

AK-ID	850359	850361	850362
Sonstiges [S90, S91, S99]	1	2	3
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	11	8	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	6	2	0

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

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

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

Pneumonie

4.12 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

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

20 von 1.431 (1,4 %) datenliefernden Standorten waren rechnerisch auffällig in dem AK Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde. 3 der rechnerisch auffälligen Standorte (15,0 %) waren bereits im EJ 2016 rechnerisch auffällig. Von 17 angeforderten Stellungnahmen hat sich für 16 im Strukturierten Dialog eine korrekte Dokumentation bestätigt. Aus den Anmerkungen einer LQS geht hervor, dass korrekte Dokumentationen bei rechnerischen Auffälligkeiten mit der Achtung des Patientenwillens sowie mit einer Patientenverfügung in Verbindung mit Angehörigengesprächen begründet würden. Eine weitere LQS verweist zur Bekräftigung der korrekten Dokumentation auf die Verwendung der AND-Dokumentation („allow natural death“), womit in diesen Fällen die palliative Zielsetzung sehr gut verschriftlich wurde.

AK-ID 811822= Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

In dem AK *Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit* waren 63 von 1.424 (4,4 %) datenliefernden Standorten zum EJ 2017 rechnerisch auffällig und 20 der 63 (31,7 %) rechnerisch auffälligen Standorte waren wiederholt auffällig aus dem EJ 2016. Von allen 54 angeforderten Stellungnahmen wurde die Dokumentation bei 38 Standorten (70,4 %) als korrekt eingestuft. Von 16 Einstufungen einer fehlerhaften Dokumentation (29,6 %) wiederholten sich ein Viertel aus dem EJ 2016. Mit 4 Standorten wurden Zielvereinbarungen zur Optimierung der Dokumentationsqualität getroffen. Nach Angaben der LQS lägen die Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten einerseits an der unzureichenden Dokumentation bei Aufnahme und andererseits an dem Risikoprofil der Patienten. Die häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit sei auch mit der Aufnahme von immobilen Patienten aus dem eigenen Pflegeheim begründet worden. Von einer LQS wurde eine Stratifizierung nach Alter und Komorbidität angeregt.

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

38 (3,4 %) der 1.420 datenliefernden Standorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in dem AK „Häufig gleicher Wert bei „spontaner Atemfrequenz bei Aufnahme“ auf. Für 6 Standorte (15,8 %) wiederholen sich die rechnerischen Auffälligkeiten nach einem Jahr. 24 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 54,2 % der Stellungnahmen wurde die Dokumentation als fehlerhaft (n = 13) und in 41,7 % als korrekt (n = 10) eingestuft. Mit 3 Standorten wurde eine Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität geschlossen. Nach Angaben einer LQS sei ein Grund für rechnerische Auffälligkeiten, die ungenaue Messung der Atemfrequenz, indem z.T. entweder 15 oder 30 Sekunden ausgezählt und dann multipliziert wurden, um den Wert für eine Minute zu errechnen. Hierbei sind scheinbar häufiger gleiche Werte entstanden.

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

Von 1.420 Standorten waren in dem AK *Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“* 38 Standorte (2,7 %) rechnerisch auffällig.

29 Standorte wurden um Stellungnahme gebeten (76,3 %) und an 9 (23,7 %) Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Hinweis verschickt. 44,8 % der Standorte, die zur Stellungnahme aufgefordert wurden, wurden als fehlerhaft eingestuft (n = 13). 11 Standorte waren wiederholt rechnerisch auffällig und 5 davon wurden bereits seit dem EJ 2016 mit einer fehlerhaften Dokumentation eingestuft. Als weiterführende Maßnahme wurde mit 3 Standorten eine Zielvereinbarung zur Optimierung der Dokumentationsqualität getroffen. Aus einer LQS wurden Dokumentationsunklarheiten bezüglich der Erfassung und Dokumentation der Atemfrequenz, wie auch bei dem AK 811825, gemeldet. Demnach wird durch die LQS angeregt zu klären wie die Dokumentation grundsätzlich zu erfolgen hat: Ob als Atemfrequenz bei Aufnahme der allererste, möglicherweise erhöhte Wert, der durchschnittliche Wert innerhalb der ersten Stunde oder der Median angegeben werden solle. Des Weiteren ist in Standorten das Messen der Atemfrequenz bei Tachypnoen eine Herausforderung, sodass die LQS Schulungen zur korrekten Bestimmung der Atemfrequenz empfiehlt.

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

2 von 1.431 datenliefernden Standorten waren in dem AK *Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie* rechnerisch auffällig. Ein Standort wurde um Stellungnahme gebeten und als fehlerhaft eingestuft.

Tabelle 26: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmo-
dul PNEU

AK-ID	811821	811822	811825	811826	811827
Anzahl datenliefernder Standorte	1.431	1.424	1.420	1.420	1.431
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	20	63	38	38	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	3	20	6	11	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt	3	9	14	9	1
Stellungnahmen angefordert	17	54	24	29	1
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechung	0	0	0	1	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	4	3	3	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	16	38	10	14	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	16	13	13	1
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	1	2	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	4	0	5	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0	0

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

AK-ID 811822= Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

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

AK-ID 811826= Häufige Angabe von ≥ 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 AK, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren sind in folgender Abbildung 14 und Abbildung 15 dargestellt.

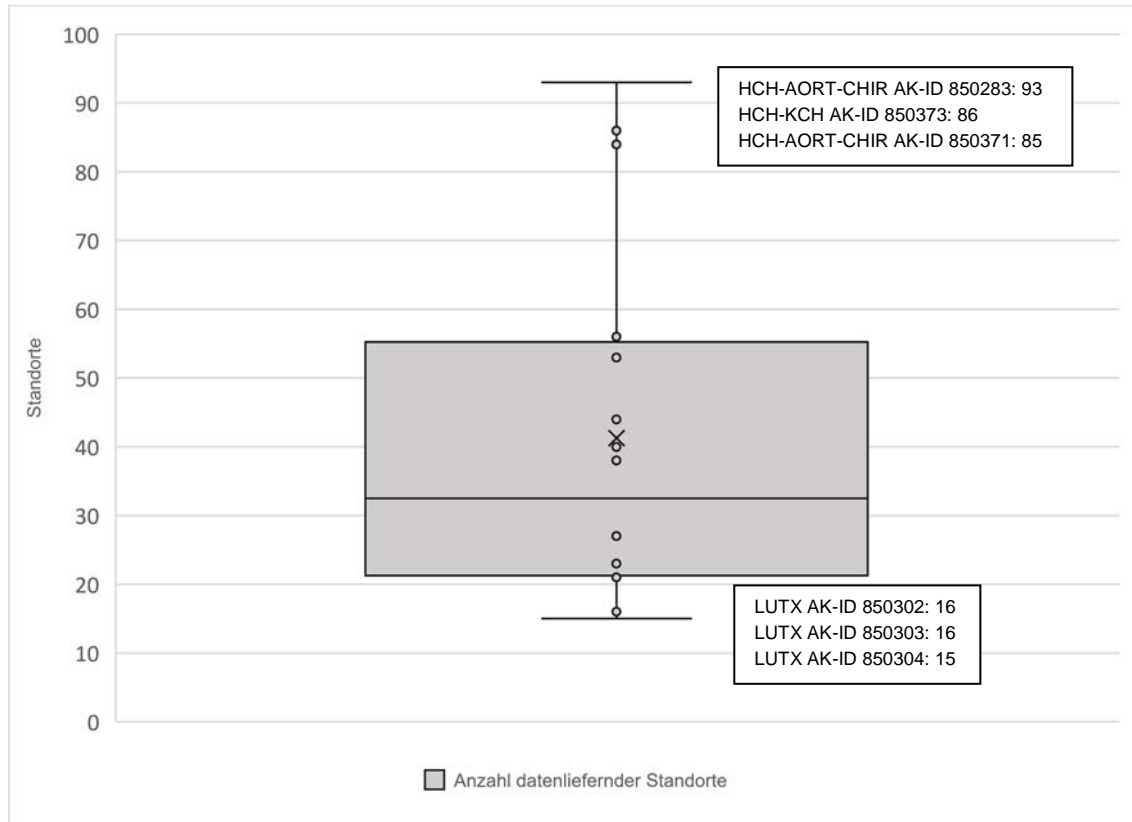


Abbildung 14: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass die Anzahl datenliefernden Standorte über die AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren so verteilt ist, dass zu einigen AKs überdurchschnittlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit 41 Standorte Daten geliefert. Im Vergleich lieferten durchschnittlich 934 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 15 datenliefernden Standorten und das Maximum bei 93. Für mindestens 50 % der AKs lieferten 21 Standorte Daten und für mindestens 75 % der AKs lieferten 55 Standorte Daten.

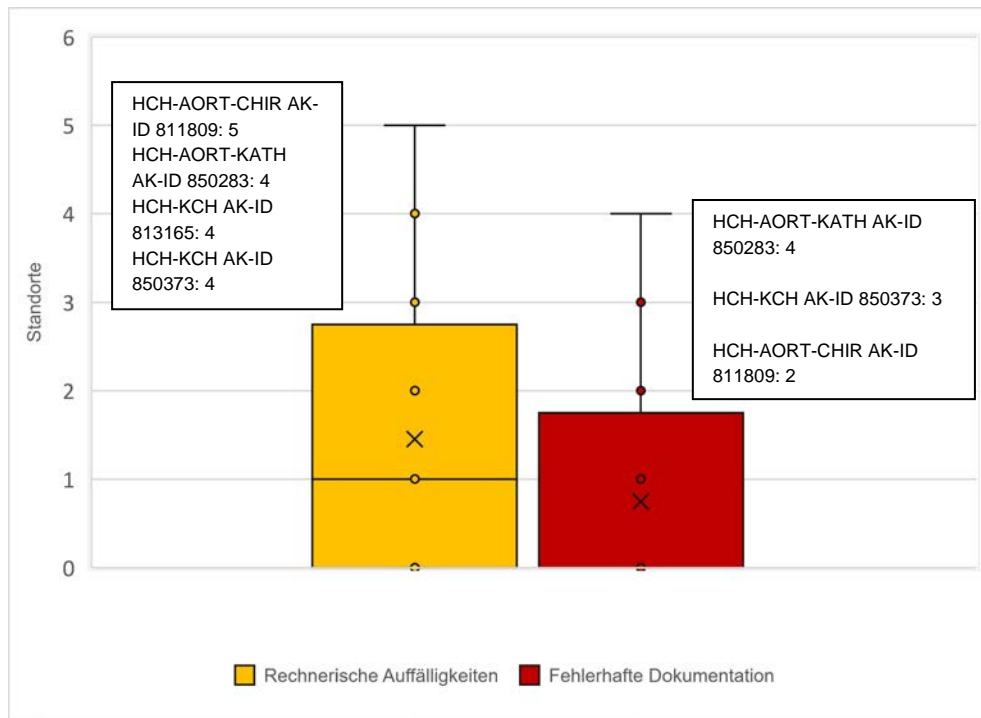


Abbildung 15: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren

Abbildung 15 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der auffällig gewordenen Standorte pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel sind 1,45 von 29 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 1 Standort und für mindestens drei Viertel waren 2,75 Standorte rechnerisch auffällig. Von 15 Standorten mit fehlerhafter Dokumentation unter allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren wiesen minimal kein Standort und maximal 4 Standorte fehlerhafte Dokumentationen zu einem AK auf. Für mindestens die Hälfte der AKs hatten keine Standorte und für mindestens drei Viertel der AKs hatten 1,75 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 AK zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren ist in folgendem Säulendiagramm (Abbildung 16) abgebildet. Im Vergleich zu allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren hatten Standorte hinsichtlich dem AK 811809 im Auswertungsmodul HCH-AORT-CHIR sowie den AKs 850301 und 850300 im Auswertungsmodul LTX die höchsten Anteile von rechnerischen Auffälligkeiten an den jeweiligen datenliefernden Standorten. Auch wenn die absoluten rechnerischen Auffälligkeiten mit 5 und jeweils 2 Standorten nicht häufig erscheinen, bilden sie relativ jeweils über 8 % der datenliefernden Standorte ab, was vergleichbar mit dem höchsten Anteil

bei den indirekten QS-Verfahren (AK-ID 850149 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK) ist. Hervorzuheben ist aber, dass es im Auswertungsmodul HTXM-TX sowie PNTX-D keine rechnerisch auffälligen Standorte gegeben hat.

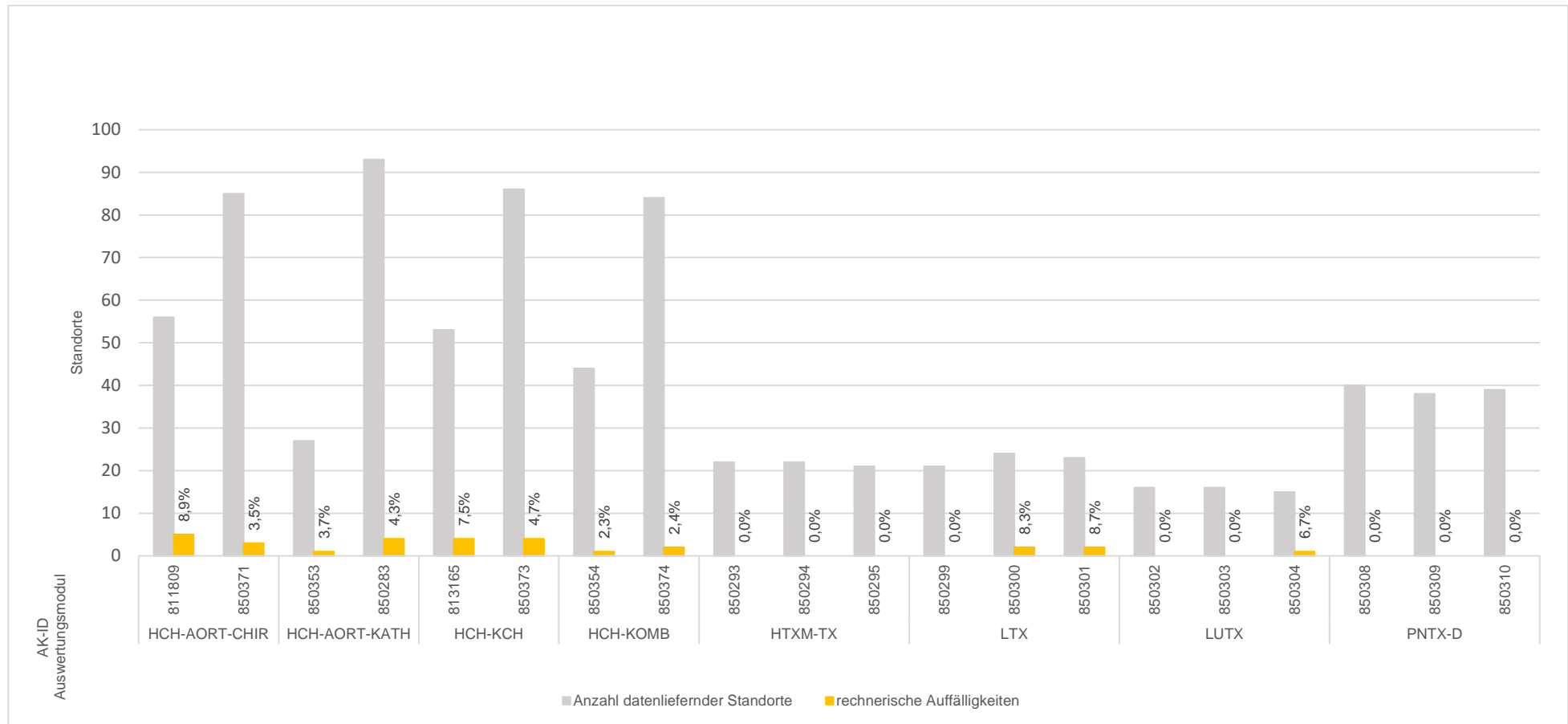


Abbildung 16: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren

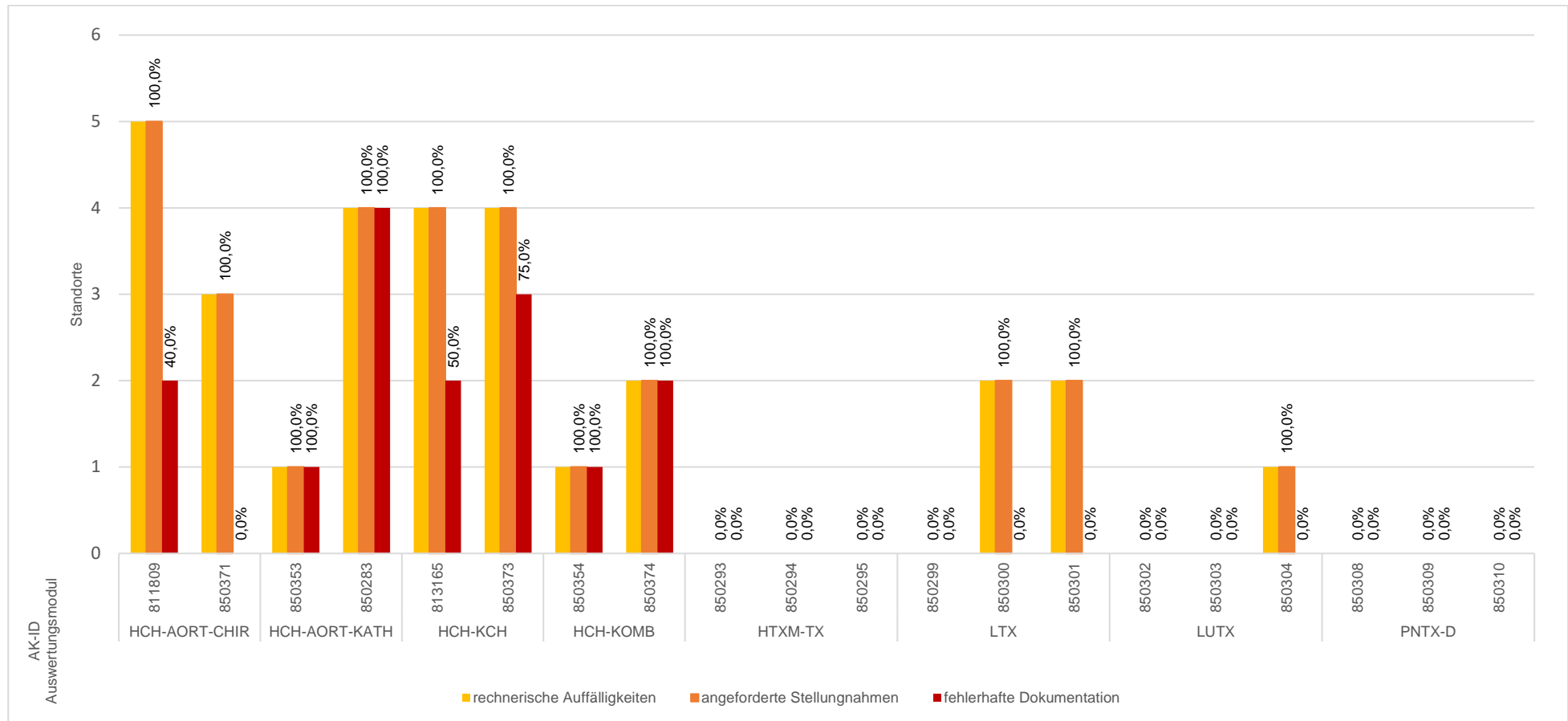


Abbildung 17: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten (1.) und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen (2.) pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren

In Abbildung 17 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro AK 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. Für vier AKs wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt: HCH-AORT-KATH AK-ID 850353 und AK-ID 850283 sowie HCH-KOMB AK-ID 850354 und AK-ID 850374. Im Gegensatz dazu bestätigte jeder Standort im Strukturierten Dialog für das AK 850371 im Auswertungsmodul HCH-AORT-CHIR, im Auswertungsmodul LTX für die AKs 850300 und 850301 sowie im Auswertungsmodul LUTX für das AK 850304 korrekte Dokumentationen.

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

Herzchirurgie

In allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen der Herzchirurgie wurden im AK *Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“* 11 Standorte rechnerisch auffällig, von denen 6 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation bestätigten. Bei Betrachtung aller Strukturierten Dialoge zu diesen AKs zeigte sich, dass eine Streichung des Datenfeldes „sonstige OP“ gemäß Bundesfachgruppe zu empfehlen sei. Behandlungsfälle, die tatsächlich nicht Bestandteil der externen QS sein sollten, können auch über die entsprechenden Ausschlussprozeduren im QS-Filter zuverlässig ermittelt werden. Folglich können alle verstorbenen Patienten über die jeweiligen QIs betrachtet werden. Die Empfehlung der Bundesfachgruppe wird bei der Spezifikation zum EJ 2019 berücksichtigt.

In der Herzchirurgie werden in allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen mit Hilfe 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 Patienten gebeten. Alle bestehenden Abweichungen seien nicht auf systematische Manipulationen zurückzuführen, sondern resultieren vermutlich aus Fehldokumentationen wie Eingabe- oder Übertragungsfehlern.

4.13 Aortenklappenchirurgie, isoliert

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

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

Von 56 Standorten, die Daten zu *Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“* lieferten, waren 5 Standorte (8,9 %) rechnerisch auffällig und davon ein Standort bereits aus dem Vorjahr (EJ 2016) rechnerisch auffällig. Nach 5 Stellungnahmen wurden 2 fehlerhafte Dokumentationen identifiziert, wobei sich eine aus dem Vorjahr (EJ 2016) wiederholt.

AK-ID 850371= Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Hinsichtlich einem *ungewöhnlich hohen Risikoprofil* waren 3 (3,5 %) von 85 datenliefernden Standorten rechnerisch auffällig. Bei allen rechnerischen Auffälligkeiten konnte nach dem Strukturierten Dialog die korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 27: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-CHIR

	AK-ID	811809	850371
Anzahl datenliefernder Standorte		56	85
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		5	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		1	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt		0	0
Stellungnahmen angefordert		5	3
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung		0	0
Begehung		0	0
Zielvereinbarung		0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		3	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		2	0
Sonstiges [S90, S91, S99]		0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		1	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0

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

AK-ID 850371= Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

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

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

Von 27 Standorten, die Daten zu *Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“* lieferten, war ein Standort im EJ 2017 rechnerisch auffällig welcher dies bereits im EJ 2016 war und wies im EJ 2017 ebenfalls wiederholt eine fehlerhafte Dokumentation auf.

AK-ID 850283= Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Hinsichtlich einem *ungewöhnlich hohen Risikoprofil* waren 4 (4,3 %) von 93 datenliefernden Standorten rechnerisch auffällig. Ein Standort war bereits im Vorjahr (EJ 2016) rechnerisch auffällig. Bei allen 4 rechnerisch auffälligen Standorte wurde nach dem Strukturierten Dialog eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Tabelle 28: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH

	AK-ID	850353	850283
Anzahl datenliefernder Standorte		27	93
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		1	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		1	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt		0	0
Stellungnahmen angefordert		1	4
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]		1	4
Sonstiges [S90, S91, S99]		0	0

	AK-ID	850353	850283
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		1	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0

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

AK-ID 850283= Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

4.14 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

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

Von 53 Standorten, die Daten zu *Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“* lieferten, waren 4 Standorte (7,5 %) rechnerisch auffällig und ein Standort bereits wiederholt aus dem Vorjahr (EJ 2016). Von 4 Stellungnahmen wurden 2 fehlerhafte Dokumentationen identifiziert, wobei sich eine aus dem Vorjahr (EJ 2016) wiederholte.

AK-ID 850373= Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Hinsichtlich einem *ungewöhnlich hohen Risikoprofil* waren 4 (4,7 %) von 86 datenliefernden Standorten rechnerisch auffällig. Von 4 Stellungnahmen wurden 3 als fehlerhaft dokumentiert identifiziert, wobei sich alle 3 aus dem Vorjahr (EJ 2016) wiederholten.

Tabelle 29: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmo-
dul HCH-KCH

	AK-ID	813165	850373
Anzahl datenliefernder Standorte		53	86
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		4	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		1	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt		0	0
Stellungnahmen angefordert		4	4
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung		0	0
Begehung		0	0
Zielvereinbarung		0	0

AK-ID	813165	850373
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2	3
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	1	3
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0

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

AK-ID 850373= Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

4.15 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB)

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

Von 44 Standorten, die Daten zu *Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“* lieferten, war ein Standort seit dem EJ 2015 rechnerisch auffällig und wies wiederholt seit dem EJ 2015 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

AK-ID 850374= Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Hinsichtlich einem *ungewöhnlichen hohen Risikoprofil* waren 2 (2,4 %) von 84 datenliefernden Standorten rechnerisch auffällig. Beide rechnerischen Auffälligkeiten wurden nach dem Strukturierten Dialog als fehlerhafte Dokumentation eingestuft.

Tabelle 30: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KOMB

AK-ID	850354	850374
Anzahl datenliefernder Standorte	44	84
Rechnerische Auffälligkeiten		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	1	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	1	0
Maßnahmen		
Hinweise verschickt	0	0
Stellungnahmen angefordert	1	2
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechung	0	0

AK-ID	850354	850374
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	2
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen		
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	1	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	1	0

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

AK-ID 850374= Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Herz-/ Lungentransplantation

4.16 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

4.16.1 Herztransplantation (HTXM-TX)

Im Auswertungsmodul HTXM-TX wiesen keine der datenliefernden Standorte rechnerische Auffälligkeiten in einer *häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus* weder im 1-Jahres-Follow-up, im 2-Jahres-Follow-up, noch im 3-Jahres-Follow-up auf.

Tabelle 31: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX

AK-ID	850293	850294	850295
Anzahl datenliefernder Standorte	22	22	21
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	0

AK-ID	850293	850294	850295
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 [S90, S91, S99]	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0

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

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

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

4.17 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

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

Keiner der 16 datenliefernden Standorte wies rechnerische Auffälligkeiten in der *häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up* auf.

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

Keiner der 16 datenliefernden Standorte wies rechnerische Auffälligkeiten in der *häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up* auf.

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

Einer der 15 datenliefernden Standorte wies *rechnerische Auffälligkeiten in der häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up* auf. Dieser bestätigte nach dem Strukturierten Dialog die korrekte Dokumentation.

Tabelle 32: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LUTX

	AK-ID	850302	850303	850304
Anzahl datenliefernder Standorte		16	16	15
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		0	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		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	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		0	0	0
Sonstiges [S90, S91, S99]		0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0

AK-ID 850302= Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850303= Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850304= Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

Lebertransplantation

4.18 Lebertransplantation (LTX)

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

Keiner der 21 datenliefernden Standorte wies rechnerische Auffälligkeiten in der *häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up* auf.

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

2 der 24 datenliefernden Standorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in der *häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up* auf, wobei ein Standort bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig geworden war. Beide Standorte bestätigten nach dem Strukturierten Dialog die korrekte Dokumentation.

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

2 der 23 datenliefernden Standorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in der *häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up* auf, wobei ein Standort bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig geworden war. Beide Standorte bestätigten nach dem Strukturierten Dialog die korrekte Dokumentation.

Tabelle 33: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LTX

	AK-ID	850299	850300	850301
Anzahl datenliefernder Standorte		21	24	23
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		0	2	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	1	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt		0	0	0
Stellungnahmen angefordert		0	2	2
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung		0	0	0
Begehung		0	0	0
Zielvereinbarung		0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		0	2	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		0	0	0

AK-ID	850299	850300	850301
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0

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

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

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

Nieren-/ Pankreastransplantation

4.19 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)

Im Auswertungsmodul PNTX-D wiesen keine der datenliefernden Standorte rechnerische Auffälligkeiten in einer *häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus weder im 1-Jahres-Follow-up, im 2-Jahres-Follow-up, noch im 3-Jahres-Follow-up* auf.

Tabelle 34: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNTX-D

AK-ID	850308	850309	850310
Anzahl datenliefernder Standorte	40	38	39
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	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

AK-ID	850308	850309	850310
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0

AK-ID 850308= Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850309= Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850310= Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Rahmen der Statistischen Basisprüfung zur Vollzähligkeit der Dokumentation zum EJ 2017 wurden 8 indirekte und 4 direkte QS-Verfahrensgebiete überprüft. Darunter fallen 22 QS-Verfahren und 6 untergeordnete Teilgebiete (25 Auswertungsmodule). Für alle QS-Verfahren liegen zur Vollzähligkeit insgesamt 63.216 Ergebnisse der AKs vor. Auf Basis der Daten des EJ 2017 wurden 1.219 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. 259 Standorte (21,2 %) waren bereits im EJ 2016 und 78 Standorte (6,4 %) bereits seit dem EJ 2015 in mindestens einem AK rechnerisch auffällig. Von 1.219 rechnerisch auffälligen Standorten wurde an 482 Standorte (39,5 %) ein Hinweis verschickt und 737 Standorte (60,5 %) um eine Stellungnahme gebeten. Ausgehend von 737 Stellungnahmen erfolgten mit einem Standort eine Besprechung und 46 Zielvereinbarungen (6,2 %) zur Optimierung der Dokumentationsqualität. Die Dokumentation wurde nach dem Strukturiertem Dialog von 104 Standorten (14,1 %) als korrekt [U30, U99] und von 542 Standorten (73,5 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] zurückgemeldet. 91 Standorte (12,4 %) ordneten die Bewertung als Sonstiges [S90, S91, S99] ein. Von 542 Standorten mit fehlerhafter Dokumentation wiesen 140 Standorte (25,8 %) bereits im EJ 2016 und 14 (2,6 %) bereits seit dem EJ 2015 fehlerhafte Dokumentationen auf.

Es lassen sich grundsätzlich 4 AKs zur Vollzähligkeit unterscheiden:

5. AKs zur Unterdokumentation, zzgl. den AKs zur Unterdokumentation von Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)-Patientinnen und Patienten
6. AKs zur Überdokumentation
7. AKs zum Minimaldatensatz (MDS)
8. AKs zur Dokumentationsrate im Follow-up

Die AKs zur Unter- und Überdokumentation werden in allen QS-Verfahren geprüft. Die Referenzbereiche für diese AKs liegen bei $\geq 95,0\%$ (Unterdokumentation) und bei $\leq 110,0\%$ (Überdokumentation). In den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren liegt der Referenzbereich für das AK zur Unterdokumentation bei $\geq 100,0\%$.

Die AKs zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten werden in den Auswertungsmodulen HEP, KEP und Herzschrittmacherversorgung (09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV) geprüft. Mit diesem AK 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, so dass 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 AKs zum MDS wurden in allen QS-Verfahren mit Ausnahme der transplantationsmedizinischen QS-Verfahren angewandt. Der Referenzbereich für dieses AK liegt bei $\leq 5,0\%$, sodass bei Überschreitung eines Anteils von 5,0 % Minimaldatensätzen an den für ein QS-Verfahren gelieferten Datensätzen ein Krankenhausstandort rechnerisch auffällig wird.

Die AKs zur Dokumentationsrate im Follow-up finden ausschließlich bei den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren Anwendung und prüfen, ob zu mindestens 95,0 % (Referenzbereich $\geq 95,0\%$) 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 2018“ 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 AKs zur Vollzähligkeit werden neben tatsächlichen Dokumentationsfehlern von den LQS angeführt: Zuständigkeit für die Dokumentation bei interdisziplinärer Behandlung; fehlerhafte Umsetzung der Spezifikation; inkorrekte Standortzuordnung; Umrechnungsfehler; fehlende Kontrolle der Vollständigkeit (Plausi-Prüfung); ICD-Korrekturen bei der Änderung von Abrechnungsdaten; Personelle Umstrukturierungen im Krankenhaus/ personelle Engpässe; Allgemeine Softwarefehler; Prozessfehler durch Umstrukturierungen (z. B. Fusionierung von Standorten und/oder Abteilungen); nicht zufriedenstellender Support, späte Updates, Releases etc.; doppelte QS-Anlage aufgrund der Nutzung zweier Erfassungssysteme; technische Probleme beim Abschluss der Dokumentation; Umstellung von KH-Informationssystemen, insbesondere im laufenden EJ.

Gründe zur Unterdokumentation

- Überschreiten der Daten-Abgabefrist durch Prozessprobleme durch organisatorische und personelle Herausforderungen (genannt wurden u.a. mangelhafte Vertretungs- / Einarbeitungsregelung)
- falsch hohe Zahlen durch z. B. unterjährigen Software- / KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS-Filters im Zusammenhang mit einer mangelnden Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung und/oder
- Kommunikationsprobleme / Organisationsverschulden zwischen Controlling (Sollstellung) und medizinischer Fachabteilung (Dokumentation)
- Schnittstellenprobleme zwischen QS-Filter-Auslösung und Datensatzanlage (technisch oder menschlich bedingt, da keine inhaltlichen Vorgaben für eine Schnittstelle über eine „Bundes“-Spezifikation existieren)
- Nachbearbeitungen von Datensätzen, die von der Datenannahmestelle zurückgewiesen worden sind

Gründe zur Underdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

- Es wurden Softwareprobleme genannt, da das Institutionskennzeichen der KK im KIS hinterlegt ist, aber nicht automatisch in den QS-Bogen übernommen wurde.

Gründe zur Überdokumentation

- 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 und/oder
- Unterbleibende Stornierung bereits angelegter Datensätze:
 - a) für die später ein Ausschlusskriterium nach QS-Filter in die Daten von Patientinnen und Patienten eingepflegt wurde
 - b) Umkodierung nach Nichtbestätigung der zur Einweisung führenden Verdachtsdiagnose oder Fehlbelegungsprüfung durch den MDK
 - c) bei Fallzusammenführungen im Rahmen der DRG-Abrechnung

Gründe zum MDS

- Korrektur der Dokumentation war unterjährig in den allermeisten Fällen möglich
- aus technischen Gründen war ein Export eines MDS notwendig
- keine Dokumentationspflicht
- klinische Besonderheiten (siehe einzelne QS-Verfahren und Auswertungsmodule)

Im Folgenden werden gegliedert nach indirekten und direkten QS-Verfahren die obigen Kennzahlen auf AK-Ebene verfahrensbezogen dargestellt. Die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte, (wiederholte) rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen, weiterführende Maßnahmen, Bewertungen nach Strukturiertem Dialog und wiederholte Auffälligkeiten der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit wird pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul in einer Tabelle dargestellt (Tabelle 36- Tabelle 176). Zu Beginn wird ein Überblick über die Verteilung der datenliefernden Standorte, der rechnerischen Auffälligkeiten sowie der fehlerhaften Dokumentation für die AKs der indirekten bzw. direkten QS-Verfahren gegeben. Ebenso werden die relativen Anteile beispielsweise der fehlerhaften Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen mit Hilfe eines Säulendiagramms zwischen den AKs verglichen. Weitere Abbildungen und Tabellen veranschaulichen die Anzahl der Standorte, die wiederholt rechnerisch auffällig waren oder (wiederholt) fehlerhaft dokumentiert haben.

Für die QS-Verfahrensgebiete Herzschrittmacher und Defibrillatoren und Orthopädie/ Unfallchirurgie werden zusätzlich die unterschiedlichen AKs zur Vollständigkeit zwischen den QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen verglichen, beispielsweise die Ergebnisse der AKs zur Underdokumentation von 09n1-HSM-IMPL und 09n2-HSM-AGGW.

Alle Maßnahmen pro AK sowie die detaillierten Einstufungen pro AK 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 AK, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die AKs zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren sind in den folgenden Abbildung 18 und Abbildung 19 dargestellt.

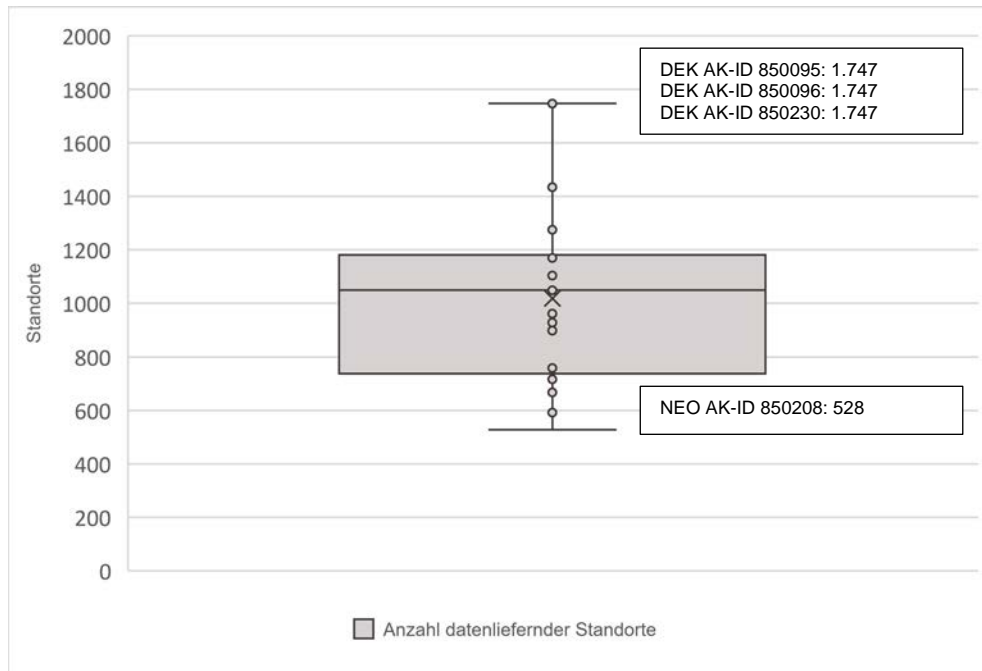


Abbildung 18: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass für die AKs zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren unterschiedlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben pro AK zur Vollzähligkeit 1.010 Standorte Daten geliefert. Für mindestens 50 % der AKs lieferten 988 Standorte Daten und für mindestens 75 % der AKs lieferten 1.180 Standorte Daten, wobei darunter ein Standort auch zu mehreren AKs Daten liefern kann. Das Minimum liegt bei 528 (AK-ID 850208 im Auswertungsmodul NEO) datenliefernden Standorten und das Maximum bei 1.747 (AK-ID 850095, AK-ID 850096 und AK-ID 850230 im Auswertungsmodul DEK).

Im Vergleich zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit werden im Durchschnitt mehr Daten von den Standorten zu den AKs zur Vollzähligkeit geliefert.

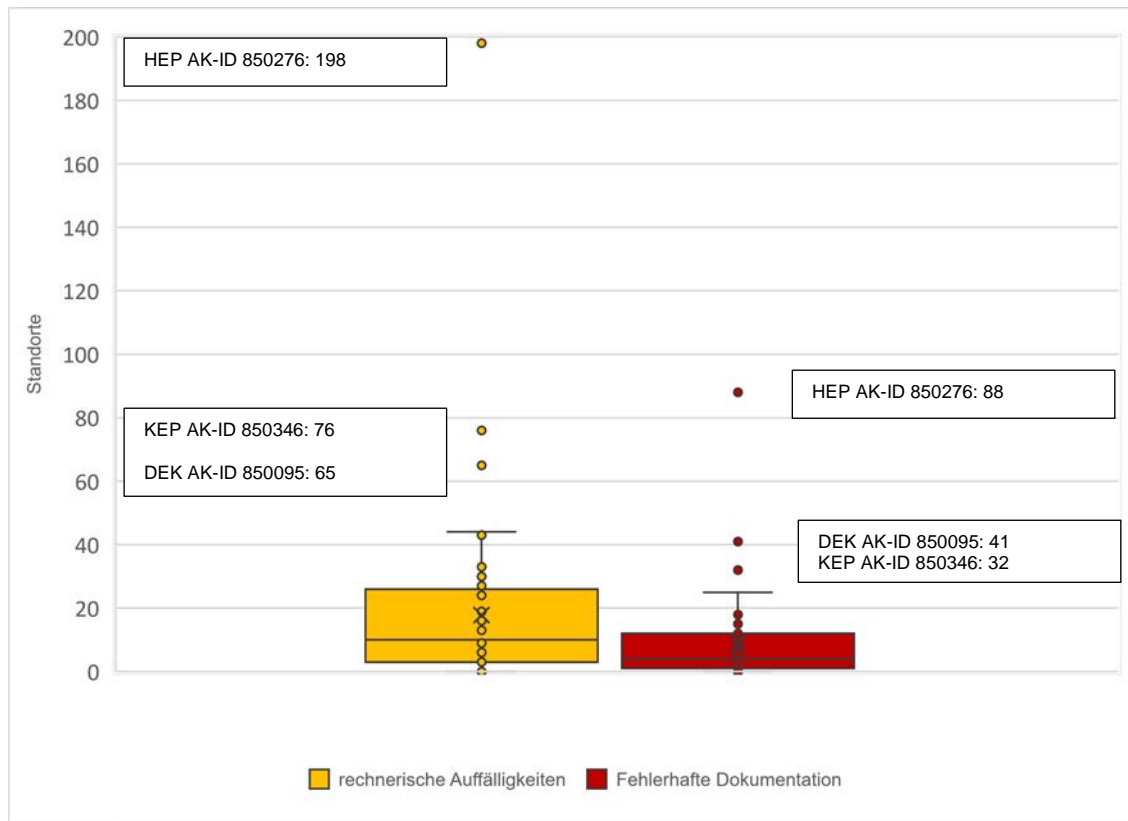


Abbildung 19: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren

Abbildung 19 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der auffällig gewordenen Standorte pro AK zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel waren 17 Standorte pro AK zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren rechnerisch auffällig. Für mindestens ein Viertel der AKs waren 3 Standorte, für mindestens die Hälfte waren 10 Standorte und für mindestens drei Viertel waren 26 Standorte rechnerisch auffällig geworden. Beispielsweise wiesen 198 Standorten im Auswertungsmodul HEP rechnerische Auffälligkeiten zur Unterdokumentation auf (AK-ID 850276) und stellen in der Abbildung 19 einen statistischen Ausreißer dar. Gegenüber den rechnerischen Auffälligkeiten gab es weniger fehlerhafte Dokumentationen. Unter allen AKs zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren wiesen minimal kein Standort und maximal 25 Standorte fehlerhafte Dokumentationen auf. Statistische Ausreißer in der fehlerhaften Dokumentation weisen für drei AKs (AK-ID 850346; DEK AK-ID 850095; HEP AK-ID 850276) jeweils 32 und 88 Standorte auf (siehe Abbildung 19). Für mindestens die Hälfte der AKs hatten 4 Standorte und für mindestens drei Viertel der AKs hatten 12 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.

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 AK zur Vollzähligkeit

der indirekten QS-Verfahren ist in folgendem Säulendiagramm (Abbildung 20) abgebildet. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Standorte für mehrere AKs Daten liefern können, sodass die Standorte nicht aufsummiert werden können.

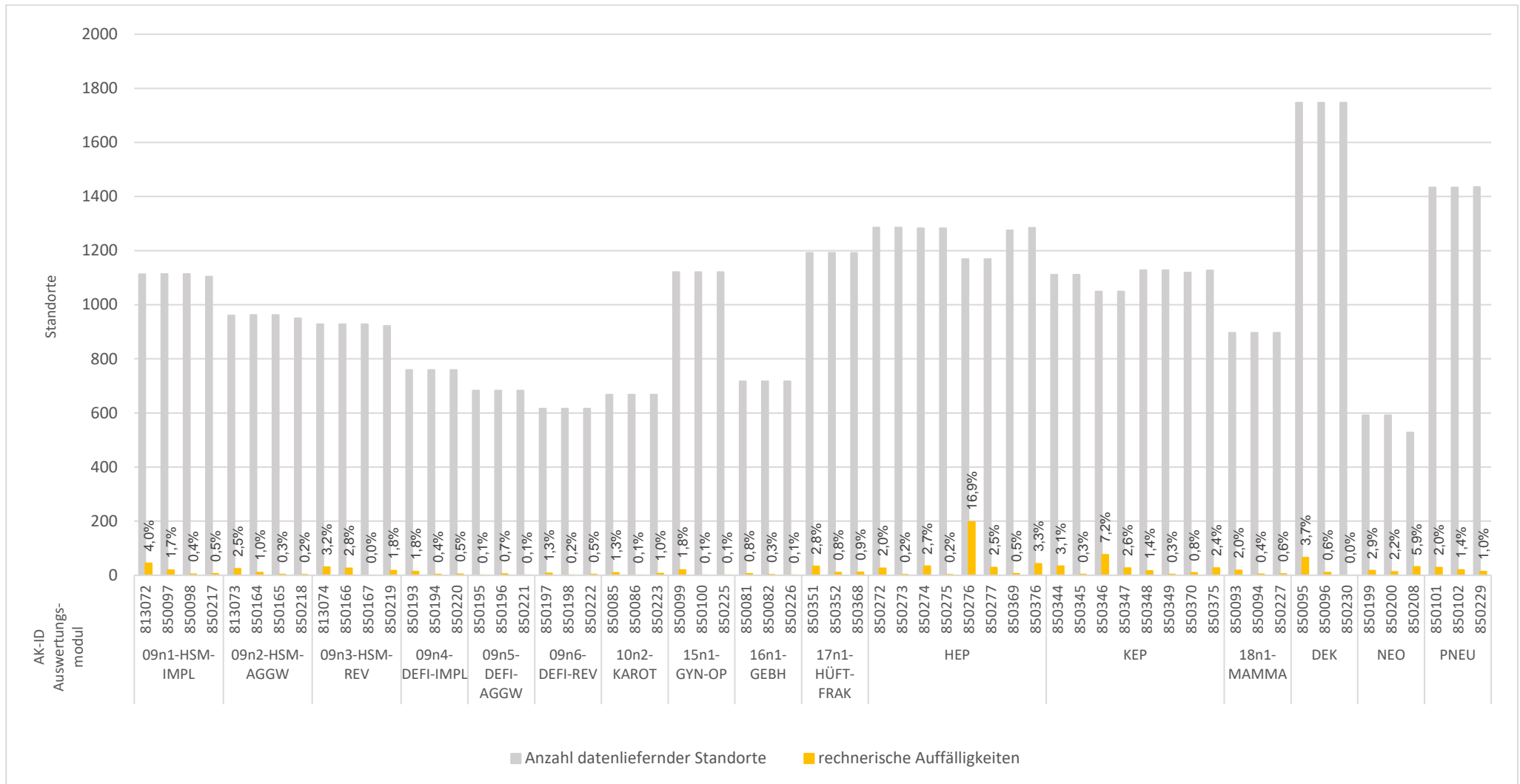


Abbildung 20: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren

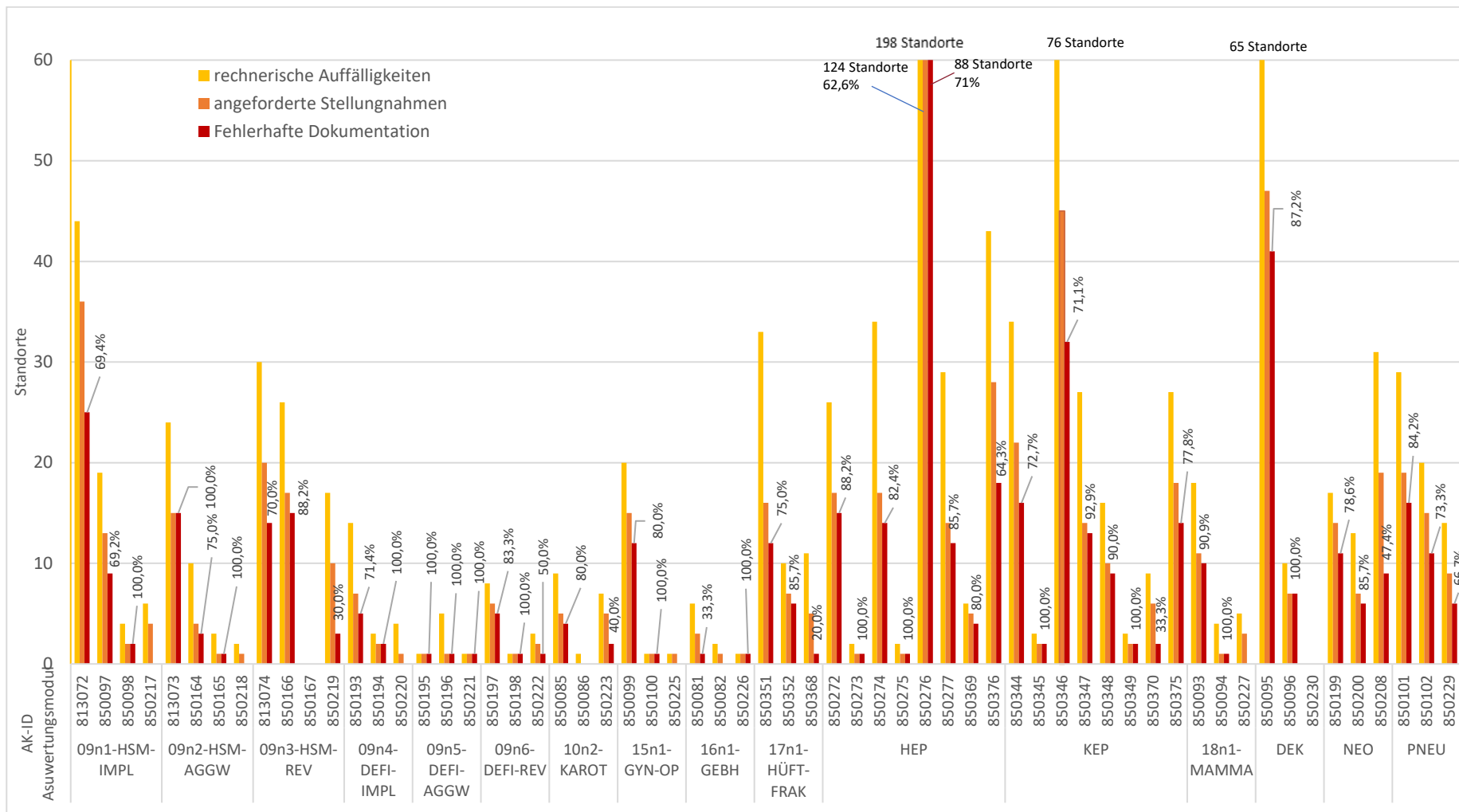


Abbildung 21: Häufigkeiten rechnerisch auffälliger Standorte und Standorte mit angeforderten Stellungnahmen sowie Standorte mit fehlerhafter Dokumentation und deren Anteil an den angeforderten Stellungnahmen in Prozent pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren

Im Vergleich zu allen AKs zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren hatten Standorte wie bereits anhand des Boxplots zu anzunehmen (vgl. Abbildung 19) hinsichtlich dem AK 850276 im Auswertungsmodul HEP mit 16,9 %, hinsichtlich dem AK 850344 im Auswertungsmodul KEP mit 7,2 % und hinsichtlich dem AK 850208 im Auswertungsmodul NEO mit 5,9 % die höchsten Anteile rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten (Abbildung 21). Das Auswertungsmodul NEO zeigte sowohl bei den AKs zur Vollzähligkeit, als auch bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit jeweils einen der drei höchsten Anteile rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten im Vergleich zu allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen. Mehrere AKs wiesen keine (09n3-HSM-REV AK-ID 850167; DEK AK-ID 850230) rechnerischen Auffälligkeiten oder sehr geringe Anteile von unter 0,15 % auf (z.B. 09n5-DEFI-AGGW AK-ID 850195 und AK-ID 850221; 10n2-KAROT AK-ID 850086).

In Abbildung 21 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro AK zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. Die Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen entspricht den verschickten Hinweisen. Beispielsweise wurde im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP für rechnerische Auffälligkeiten in dem AK 850100 kein Hinweis verschickt. Während im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA bei allen rechnerischen Auffälligkeiten bei AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit Stellungnahmen angefordert wurden und kein Standort einen Hinweis auf eine rechnerische Auffälligkeit in einem AK erhalten hat, wurden hinsichtlich AKs zur Vollzähligkeit auch Hinweise erteilt. Der Anteil von fehlerhafter Dokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen war hoch. Für 25 von 61 AKs wurde in über 85 % der Stellungnahmen eine fehlerhafte Dokumentation zurückgemeldet. Das AK 850276 im Auswertungsmodul HEP mit 198 rechnerischen Auffälligkeiten wies von 124 Stellungnahmen 88 fehlerhafte Dokumentationen (71,0 %) auf, was im Vergleich zu den anderen AKs einen großen Anteil ausmacht.

In der folgenden Abbildung 22 sind die Anteile der auf Grundlage der Stellungnahmen als fehlerhaft eingestuften Dokumentation an allen datenliefernden Standorten pro AK flächenmäßig dargestellt und die AKs nach QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul in Farbkategorien gruppiert. Durch diese Darstellung besteht die Möglichkeit auf einen Blick Vergleiche zwischen den AKs vorzunehmen.

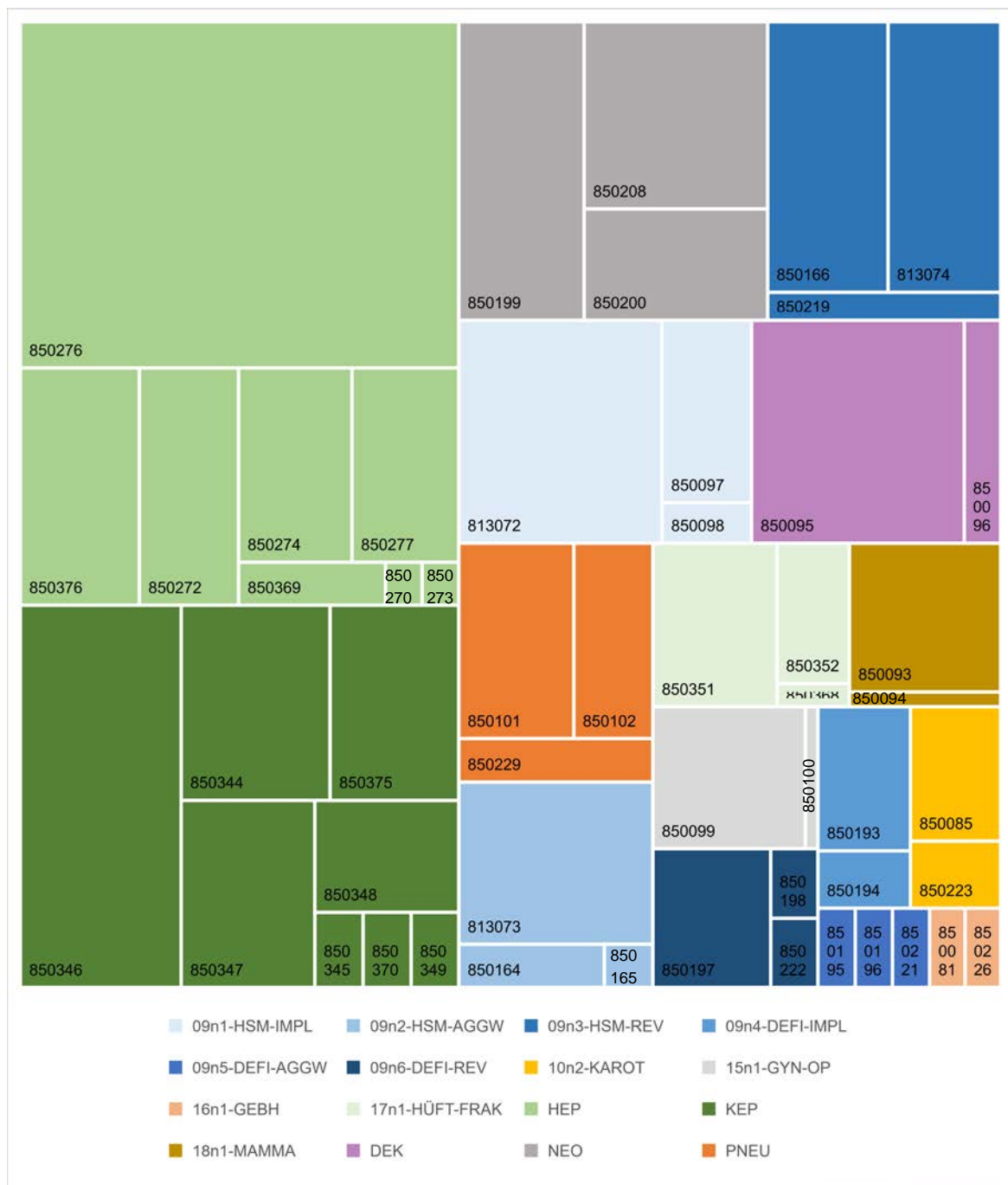


Abbildung 22: Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, farblich gruppiert nach QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul

Bei Abbildung 22 ist zu bedenken, dass die datenliefernden Standorte für mehrere AKs fehlerhaft dokumentiert haben können. Deshalb sollten die Flächeninhalte der Vierecke (Stellungnahmen aus denen fehlerhafte Dokumentation hervorgehen bezogen auf alle datenliefernden Standorte zu einem AK) nicht zu einem QS-Verfahren aufsummiert werden. Insbesondere das Auswertungsmodul HEP hatte im Vergleich zu allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen einen sehr hohen Anteil fehlerhafter Dokumentationen an den datenliefernden Standorten, was

überwiegend mit der fehlerhaften Dokumentation in dem AK 850276 zusammenhängt. Absteigend sortiert wiesen die Auswertungsmodul KEP und NEO die nächst höheren Anteile fehlerhafter Dokumentationen auf. Für das Auswertungsmodul 16n1-GEBH zeigten die Standorte im Vergleich aller QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule am wenigsten fehlerhafte Dokumentationen. Hierbei ist zu beachten, dass AKs, die in keinem Standort fehlerhafte Dokumentationen aufzeigten, nicht abgebildet werden.

In Hinblick auf ausgewählte AKs veranschaulichen die folgende Abbildung 23 und Abbildung 24 die Ergebnisse zu fehlerhaften Dokumentationen.

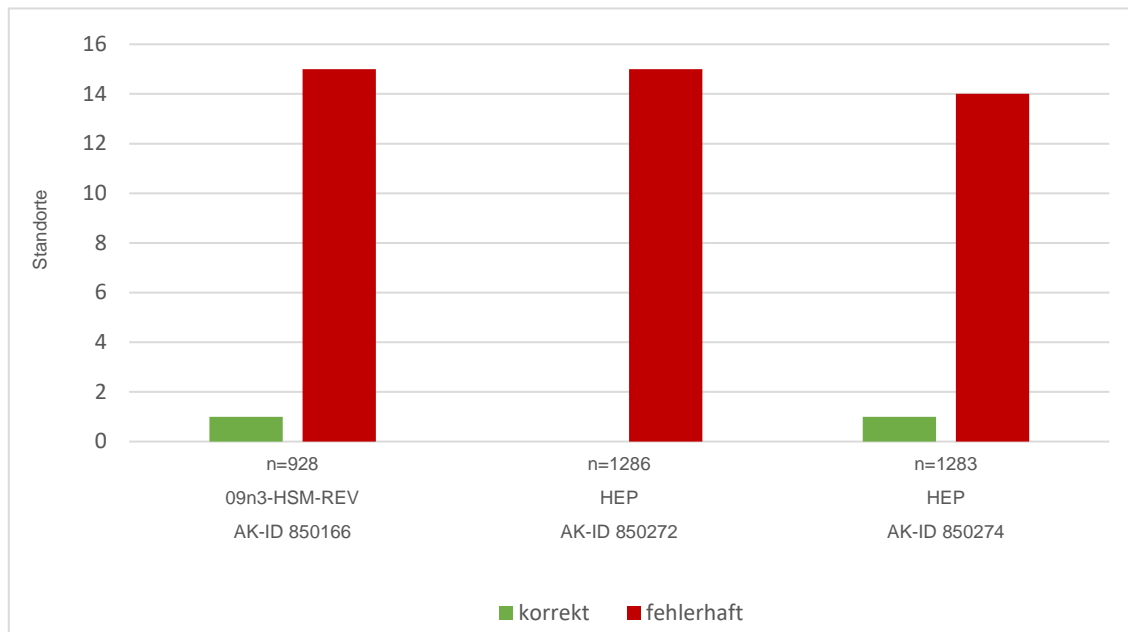


Abbildung 23: Anzahl der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation gegenüber den Standorten mit korrekter Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog für ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren mit einer hohen Rate an fehlerhaften Dokumentationen

Die obige Abbildung 23 zeigt ausgewählte AKs zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, die eine sehr hohe Anzahl fehlerhafter Dokumentationen aufweisen, bei gleichzeitig sehr niedriger Anzahl korrekter Dokumentationen. So meldeten beispielsweise für das AK 850272 im Auswertungsmodul HEP 15 Standorte eine fehlerhafte und kein Standort eine korrekte Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog zurück.

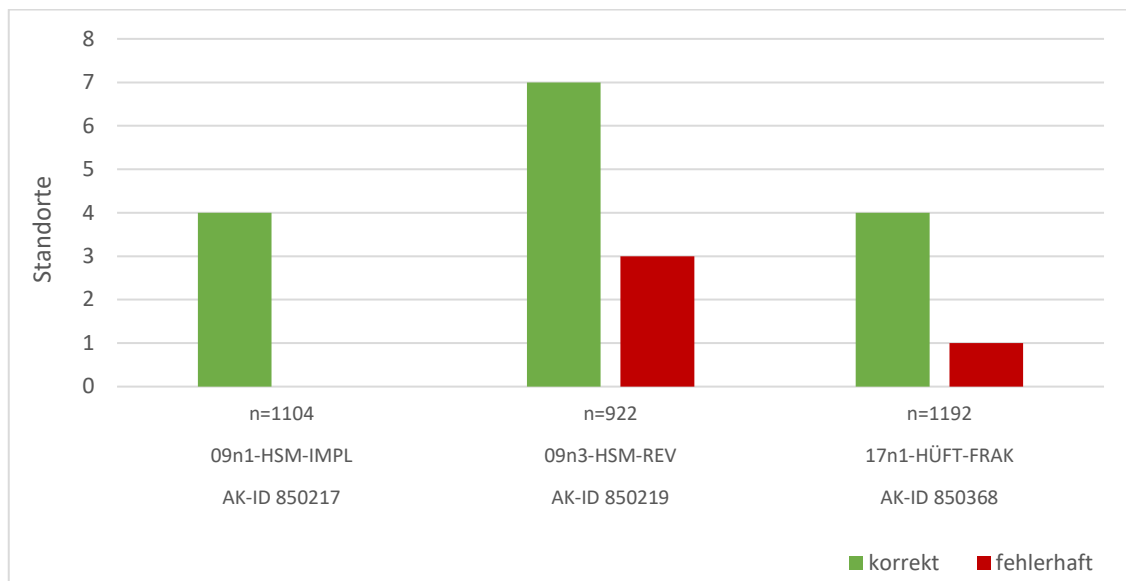


Abbildung 24: Anzahl der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation gegenüber den Standorten mit korrekter Dokumentation nach dem Strukturierten Dialog für ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren mit einer hohen Rate an korrekter Dokumentation

Gegensätzlich zur Abbildung 23, zeigt obige Abbildung 24 ausgewählte AKs zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, die eine sehr niedrige Anzahl fehlerhafter Dokumentationen bei gleichzeitig sehr hoher Anzahl korrekter Dokumentationen aufwiesen. In allen drei ausgewählten AKs wurden ausgehend der Stellungnahmen mindestens doppelt so viele korrekte Dokumentationen im Vergleich zu fehlerhaften Dokumentationen zurückgemeldet. Beispielsweise sind im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL für das AK 850217 in allen angeforderten Stellungnahmen korrekte Dokumentationen bestätigt worden.

Im Folgenden wird für die rechnerischen Auffälligkeiten sowie für die fehlerhaften Dokumentationen Bezug zu den EJ 2016 und EJ 2015 genommen. In Tabelle 35 werden die wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten in ausgewählten AKs zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren abgebildet. Ausgewählt wurden AKs, die eine besonders hohe wiederholte rechnerische Auffälligkeit aufwiesen. Das AK 850276 im Auswertungsmodul HEP wies die höchste rechnerische Auffälligkeit in dem EJ 2017 sowie die höchsten wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten auf. 90 Standorte wiesen so im EJ 2016 und im EJ 2017 und 43 Standorte wiesen bereits seit dem EJ 2015 rechnerische Auffälligkeiten auf. Das AK 850346 im Auswertungsmodul KEP weist zudem häufige wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten auf. Es liegen 28 Standorte vor, die seit dem EJ 2016 rechnerisch auffällig und 13 Standorte, die bereits seit dem EJ 2015 rechnerisch auffällig waren. Ebenfalls in Tabelle 35 werden ausgewählte AKs zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren abgebildet, die einen hohen Anteil an wiederholten fehlerhaften Dokumentationen aufwiesen. Im Zusammenhang ist zu erkennen, dass die wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV (AK-ID 813074) und in den Auswertungsmodul HEP und KEP (AK-ID 850276, AK-ID 850346) sich auch als wiederholte fehlerhafte Dokumentation erwiesen. Die Werte für das EJ 2015 sind auch für die AKs der Auswertungsmodul HEP und KEP geringer, was auf eine geringere wiederholte fehlerhafte Dokumentation über drei EJ, verglichen zu einer wiederholten rechnerischen Auffälligkeit über drei EJ, hinweist. Interessant ist hier, dass

das AK 850166 im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV keine auffällig hohen wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten aufgewiesen hat, dennoch aber 2 Standorte über drei EJ fehlerhaft dokumentiert haben.

Tabelle 35: Ausgewählte Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit mit einem hohen Anteil an wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten (links) und an wiederholten fehlerhaften Dokumentationen (rechts)

QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten			Fehlerhafte Dokumentation		
		EJ 2017	EJ 2017+ EJ 2016	EJ 2017+ EJ 2016+ EJ 2015	EJ 2017	EJ 2017+ EJ 2016	EJ 2017+ EJ 2016+ EJ 2015
09n1-HSM-IMPL	813072	44	16	0	25	8	0
09n3-HSM-REV	813074	30	13	0	14	8	0
09n3-HSM-REV	850166	26	5	3	15	3	2
HEP	850276	198	90	43	88	48	6
KEP	850346	76	28	13	32	13	1

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren beschrieben.

Herzschrittmacher und Defibrillatoren

5.1 Herzschrittmacherversorgung

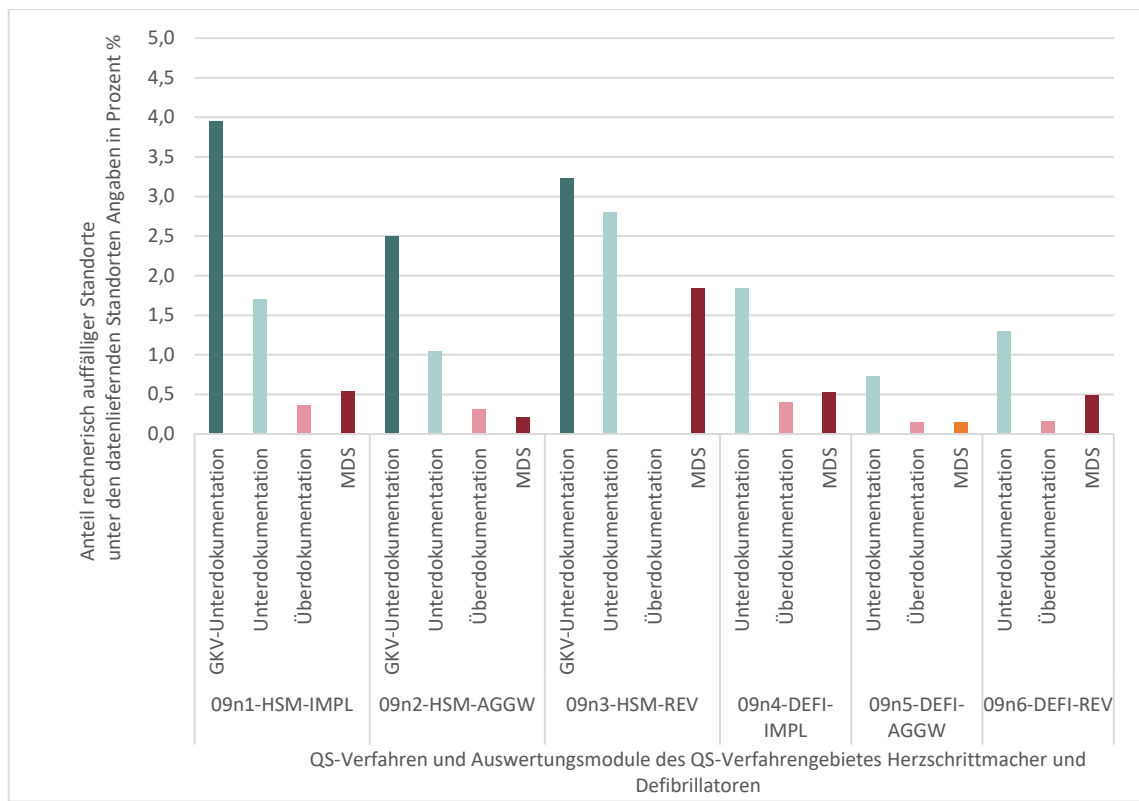


Abbildung 25: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit in den Auswertungsmodulen des QS-Verfahrensgebiet Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Abbildung 25 ist ein Vergleich zwischen den 5 AK-Kategorien (AKs zur Unterdokumentation, zur Überdokumentation, zum MDS, zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten und zur Dokumentationsrate im Follow-up) pro Auswertungsmodul und für das gesamte QS-Verfahrensgebiet dargestellt.

Bezogen auf das gesamte QS-Verfahrensgebiet (alle 6 QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen) liegt der Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten für das AK zur Unterdokumentation am höchsten. Innerhalb der 3 Auswertungsmodulen zur Herzschrittmacherversorgung mit AKs zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten weisen die Standorte für diese AKs den höchsten Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten auf (09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV). Ein Krankenhausstandort wird rechnerisch auffällig, wenn mehr als 5 % seiner dokumentationspflichtigen GKV-Fälle nicht als solche zu identifizieren sind.

Bezogen auf den Anteil rechnerischer Auffälligkeiten fällt im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV auf, dass der Anteil von MDS im Vergleich zu den anderen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen am höchsten war und keine Überdokumentation vorgekommen ist. Insgesamt weist das Auswertungsmodul 09n5-DEFI-AGGW im Vergleich zwischen allen die geringsten Anteile und

das Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL die höchsten Anteile von rechnerisch auffälligen Dokumentationen auf.

Der Anteil fehlerhafter Dokumentation an den Stellungnahmen lag beim Auswertungsmodul 09n5-DEFI-AGGW mit 100 % (1 von 1) am höchsten, gefolgt von 09n2-HSM-AGGW mit 94,7 % (18 von 19). Der Anteil fehlerhafter Dokumentationen im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL lag bei 67,3 % (33 von 49).

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

AK-ID 813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

44 (4,0 %) der 1.113 datenliefernden Krankenhausstandorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf, wobei 16 aus dem EJ 2016 wiederholt rechnerisch auffällig waren. An 6 Standorte wurden Hinweise versendet und 36 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 69,4 % der Stellungnahmen festgestellt. 8 Standorte davon wiesen bereits zum EJ 2016 fehlerhafte Dokumentationen auf.

AK-ID 850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

19 (1,7 %) der 1.114 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf, wobei 3 aus dem EJ 2016 wiederholt rechnerisch auffällig waren. An 6 Standorte wurden Hinweise versendet und 13 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 9 Standorten (69,2 %) festgestellt.

AK-ID 850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

4 (0,4 %) der 1.114 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110 %) auf. An 2 Standorte wurden Hinweise versendet und 2 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei beiden Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

6 (0,5 %) der 1.104 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. Ein Standort war bereits zum EJ 2016 rechnerisch auffällig. 2 der 6 auffälligen Standorte erhielten einen Hinweis und 4 wurden um eine Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei keinem der 4 Standorte festgestellt. Nach Angaben einer LQS führten klinische Einzelfälle und Besonderheiten, wie ein Abbruch einer Operation, zwei DDD-Schrittmacher ohne RV-Elektrode bzw. Sonde sowie zehn epikardiale Schrittmacher zu einer rechnerischen Auffälligkeit bezüglich der Minimaldatensätze in diesem Auswertungsmodul.

Tabelle 36: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL

AK-ID	813072	850097	850098	850217
Anzahl datenliefernder Standorte	1.113	1.114	1.114	1.104
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	44	19	4	6
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	16	3	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt	8	6	2	2
Stellungnahmen angefordert	36	13	2	4
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	2	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0	0	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	25	9	2	0
Sonstiges [S90, S91, S99]	9	4	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	8	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0

AK-ID 813072= Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

AK-ID 850097= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850098= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850217= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

AK-ID 813073: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

24 (2,5 %) der 961 datenliefernden Krankenhausstandorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf, wobei 6 aus dem EJ 2016 wiederholt rechnerisch auffällig waren. An 9 Standorte wurden Hinweise versendet und 15 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei allen 15 Standorten festgestellt. Für 5 Standorte wurde die fehlerhafte Dokumentation bereits wiederholt festgestellt

AK-ID 850164: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

10 (1,0 %) der 962 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. An 6 Standorte wurden Hinweise versendet und 4 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 3 (75 %) der Standorte festgestellt. Ein Standort wurde mit „Sonstiges“ bewertet.

AK-ID 850165: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

3 (0,3 %) der 962 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. An 2 Standorte wurden Hinweise versendet und 1 Standort um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei diesem Standort eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850218: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

2 (0,2 %) der 950 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. Von 2 rechnerisch auffälligen Standorten erhielt ein Standort einen Hinweis und von einem Standort wurde nach Stellungnahme die korrekte Dokumentation bestätigt.

Tabelle 37: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW

	AK-ID	813073	850164	850165	850218
Anzahl datenliefernder Standorte		961	962	962	950
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		24	10	3	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		6	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt		9	6	2	1
Stellungnahmen angefordert		15	4	1	1

AK-ID	813073	850164	850165	850218
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]	0	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	15	3	1	0
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	1	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	5	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0

AK-ID 813073= Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

AK-ID 850164= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850165= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850218= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

AK-ID 813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

30 (3,2 %) der 928 datenliefernden Krankenhausstandorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf, wobei 13 aus dem EJ 2016 wiederholt rechnerisch auffällig waren. An 10 Standorte wurden Hinweise versendet und 20 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 14 (70 %) der Standorte festgestellt und für 8 davon hat sich die fehlerhafte Dokumentation aus dem Vorjahr (EJ 2016) wiederholt. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

AK-ID 850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

26 (2,8 %) der 928 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf, wobei 5 aus dem EJ 2016 und 3 seit EJ 2015 wiederholt rechnerisch auffällig waren. An 9 Standorte wurden Hinweise versendet und 17 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 15 (88,2 %) der Standorte festgestellt. 3 Standorte haben seit dem EJ 2016 und 2 Standorte haben bereits seit dem EJ 2015 fehlerhafte Dokumentationen aufgewiesen. Mit 2 Standorten wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

AK-ID 850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In diesem AK wies keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte (n = 928) eine rechnerische Auffälligkeit bzw. Überdokumentation (> 110 %) auf.

AK-ID 850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

17 (1,8 %) der 922 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig, d.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. Einer der Standorte ist bereits seit EJ 2015 rechnerisch auffällig. An 7 Standorte wurde ein Hinweis verschickt und 10 Standorte um eine Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 3 (30 %) der Standorte festgestellt. Nach Angaben einer LQS führten klinische Einzelfälle und Besonderheiten, wie ein Abbruch einer Operation, vier epikardiale Schrittmacher, eine Entfernung eines Sonden-Rest, ein Abbruch des Eingriffs und ein Sonderfall Wundrevision zu einer rechnerischen Auffälligkeit bezüglich der Minimaldatensätze in diesem Auswertungsmodul.

Tabelle 38: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV

AK-ID	813074	850166	850167	850219
Anzahl datenliefernder Standorte	928	928	928	922
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	30	26	0	17
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	13	5	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	3	0	1
Maßnahmen				
Hinweise verschickt	10	9	0	7
Stellungnahmen angefordert	20	17	0	10
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	1	2	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	3	1	0	7
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	14	15	0	3
Sonstiges [S90, S91, S99]	3	1	0	0

AK-ID	813074	850166	850167	850219
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	8	3	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	2	0	0

AK-ID 813074= Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

AK-ID 850166= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850167= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850219= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09n4-DEFI-IMPL)

AK-ID 850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

14 (1,8 %) der 759 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. Einer davon hat bereits zum EJ 2016 rechnerische Auffälligkeiten aufgewiesen. An 7 Standorte wurden Hinweise versendet und 7 Standorte um Stellungnahme gebeten. Von den 7 angeforderten Stellungnahmen wurden für 5 Standorte (71,4 %) eine Fehldokumentation und für 2 Standorte „Sonstiges“ eingestuft.

AK-ID 850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

3 (0,4 %) der 759 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. An einen Standort wurde ein Hinweis versendet und 2 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde in beiden Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

4 (0,5 %) der 759 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. Einer davon hat bereits zum EJ 2016 rechnerische Auffälligkeiten aufgewiesen. An 3 Standorte wurden Hinweise versendet und ein Standort um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde dieser Standort als „Sonstiges“ bewertet.

Tabelle 39: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL

AK-ID	850193	850194	850220
Anzahl datenliefernder Standorte	759	759	759
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	14	3	4
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	1	0	1

AK-ID	850193	850194	850220
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	7	1	3
Stellungnahmen angefordert	7	2	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]	5	2	0
Sonstiges [S90, S91, S99]	2	0	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0

AK-ID 850193= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850194= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850220= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.3 Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW)

AK-ID 850196: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

5 (0,7 %) der 683 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. An 4 Standorte wurden Hinweise versendet und ein Standort um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850195: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Einer (0,2 %) der 683 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig und wies eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. Dieser Standort wurde um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850221: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Einer (0,2 %) 683 der datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig. D.h. bei diesem Standort wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. Dieser Standort wurde um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

Tabelle 40: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n5-DEFI-AGGW

AK-ID	850196	850195	850221
Anzahl datenliefernder Standorte	683	683	683
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	5	1	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	4	0	0
Stellungnahmen angefordert	1	1	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]	1	1	1
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0

AK-ID 850196= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850195= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850221= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.4 Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6-DEFI-REV)

AK-ID 850197: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

8 (1,3 %) der 615 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. Zwei davon haben bereits zum EJ 2016 rechnerische Auffälligkeiten aufgewiesen. An 2 Standorte wurden Hinweise versendet und 6 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde die fehlerhafte Dokumentation bei 5 (83,3 %) der Standorte und für einen Standort festgestellt und ein Standort mit „Sonstiges „eingestuft. Für einen Standort wurde eine wiederholte fehlerhafte Dokumentation zum EJ 2016 festgestellt.

AK-ID 850198: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Einer (0,2 %) der 616 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig und wies eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. Dieser Standort war zudem bereits zum EJ 2016 rechnerische auffällig und wurde um eine Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt, welche sich auch bereits zum EJ 2016 wiederholte.

AK-ID 850222: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

3 (4,9 %) der 616 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. Einer davon hat bereits zum EJ 2016 rechnerische Auffälligkeiten aufgewiesen. An einen Standort wurde ein Hinweis versendet und 2 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für einen Standort eine fehlerhafte Dokumentation und für den anderen Standort eine korrekte Dokumentation identifiziert.

Tabelle 41: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV

	AK-ID	850197	850198	850222
Anzahl datenliefernder Standorte		616	616	616
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		8	1	3
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		2	1	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt		2	0	1
Stellungnahmen angefordert		6	1	2
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung		0	0	0

AK-ID	850197	850198	850222
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	5	1	1
Sonstiges [S90, S91, S99]	1	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	1	1	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0

AK-ID 850197= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850198= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850222= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Gefäßchirurgie

5.5 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT)

AK-ID 850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

9 (1,4 %) der 668 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. An 4 Standorte wurden Hinweise versendet und 5 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 4 (80,0 %) der Standorte festgestellt. Ein Standort wurde als „Sonstiges“ bewertet.

AK-ID 850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Einer (0,2 %) der 668 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig und wies eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. Der betreffende Krankenhausstandort erhielt einen Hinweis.

AK-ID 850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

7 (1,1 %) der 668 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. 2 davon waren bereits zum EJ 2016 rechnerisch auffällig. An 2 Standorte wurden Hinweise versendet und 5 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 3 Standorte eine korrekte und für 2 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Tabelle 42: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT

AK-ID	850085	850086	850223
Anzahl datenliefernder Standorte	668	668	668
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	9	1	7
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	0	0	2
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	4	1	2
Stellungnahmen angefordert	5	0	5
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	4	0	2
Sonstiges [S90, S91, S99]	1	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0

AK-ID 850085= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850086= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850223= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Gynäkologische Operationen

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

AK-ID 850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

20 (1,8 %) der 1.121 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. An 5 Standorte wurden Hinweise versendet und 15 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei 3

Standorten eine korrekte und bei 12 (80,0 %) Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Einer (0,1 %) der 1.121 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig und wies eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf, welche auch bereits zum EJ 2016 festgestellt wurde. Nach angeforderter Stellungnahme wurde eine nicht vollzählige Dokumentation bei diesem Standort, wie ebenfalls im Vorjahr (EJ 2016), festgestellt.

AK-ID 850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Einer (0,1 %) der 1.121 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig. D.h. bei diesem Standort wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. Dieser Standort war bereits zum EJ 2016 rechnerisch auffällig und wurde um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 43: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP

	AK-ID	850099	850100	850225
Anzahl datenliefernder Standorte		1.121	1.121	1.121
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		20	1	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	1	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt		5	0	0
Stellungnahmen angefordert		15	1	1
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung		0	0	0
Begehung		0	0	0
Zielvereinbarung		0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		3	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		12	1	0
Sonstiges [S90, S91, S99]		0	0	0

	AK-ID	850099	850100	850225
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		0	1	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0

AK-ID 850099= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850100= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850225= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Perinatalmedizin

5.7 Geburtshilfe (16n1-GEBH)

AK-ID 850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

6 (0,8 %) der 717 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. An 3 Standorte wurden Hinweise versendet und 3 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde einmal eine fehlerhafte Dokumentation und einmal eine korrekte Dokumentation festgestellt. Bei einem Standort die Einstufung „Sonstiges“ vorgenommen.

AK-ID 850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

2 (0,3 %) der 717 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. Ein Hinweis wurde verschickt und eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs erhielt der um Stellungnahme gebetene Standort die Einstufung „Sonstiges“.

AK-ID 850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Einer (0,1 %) der 717 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig und wurde um Stellungnahme gebeten. Bei diesem Standort wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Tabelle 44: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH

	AK-ID	850081	850082	850226
Anzahl datenliefernder Standorte		717	717	717
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		6	2	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	0	0

	AK-ID	850081	850082	850226
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt		3	1	0
Stellungnahmen angefordert		3	1	1
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung		0	0	0
Begehung		0	0	0
Zielvereinbarung		0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		1	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		1	0	1
Sonstiges [S90, S91, S99]		1	1	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0

AK-ID 850081= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850082= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850226= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.8 Neonatalogie (NEO)

AK-ID 850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

17 (2,9 %) der 592 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf, wobei 3 aus dem EJ 2016 und ein Standort aus dem EJ 2015 wiederholt rechnerisch auffällig geworden sind. An 3 Standorte wurden Hinweise versendet und 14 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation bei 3 Standorten und eine fehlerhafte Dokumentation bei 11 (78,6 %) Standorten festgestellt. Die Dokumentation eines Standortes wurde bereits zum dritten Mal als fehlerhaft eingestuft.

AK-ID 850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

13 (2,2 %) der 592 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. An 6 Standorte wurden Hinweise versendet und 7

Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation bei einem Standort und eine fehlerhafte Dokumentation bei 6 (85,5) Standorten festgestellt.

AK-ID 850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

31 (5,9 %) der 528 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. An 12 Standorte wurden Hinweise versendet und 19 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation bei 10 Standorten und eine fehlerhafte Dokumentation bei 9 (47,4 %) Standorten festgestellt. Nach Angaben einer LQS wurden für nicht dokumentationspflichtige Fälle (Kinder mit einem Gestationsalter von $\leq 21+6$ SSW) richtigerweise Minimaldatensätze angelegt, sodass rechnerische Auffälligkeiten in diesem AK resultierten.

Tabelle 45: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NEO

AK-ID	850199	850200	850208
Anzahl datenliefernder Standorte	592	592	528
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	17	13	31
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	3	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	1	0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	3	6	12
Stellungnahmen angefordert	14	7	19
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	3	1	10
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	11	6	9
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0

AK-ID	850199	850200	850208
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	1	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	1	0	0

AK-ID 850199= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850200= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850208= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Orthopädie/ Unfallchirurgie

Anhand von Abbildung 26 ist ein Vergleich zwischen 4 AK-Kategorien (AKs zur Unterdokumentation, zur Überdokumentation, zum MDS und zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten) sowie den Zählleistungsbereichen pro QS-Verfahren und für das gesamte QS-Verfahrensgebiet möglich. Innerhalb eines Auswertungsmoduls haben die Standorte den höchsten Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten für die AKs zur Unterdokumentation (Wechsel), wenn dies als AK definiert ist (HEP, KEP). Innerhalb aller drei QS-Verfahren sind mehr Standorte hinsichtlich einer Unterdokumentation rechnerisch auffällig, als hinsichtlich einer Überdokumentation. Das gilt sowohl für den Vergleich Unterdokumentation- Überdokumentation und Unterdokumentation (Erstimplantation)- Überdokumentation (Erstimplantation), als auch Unterdokumentation (Wechsel)- Überdokumentation (Wechsel).

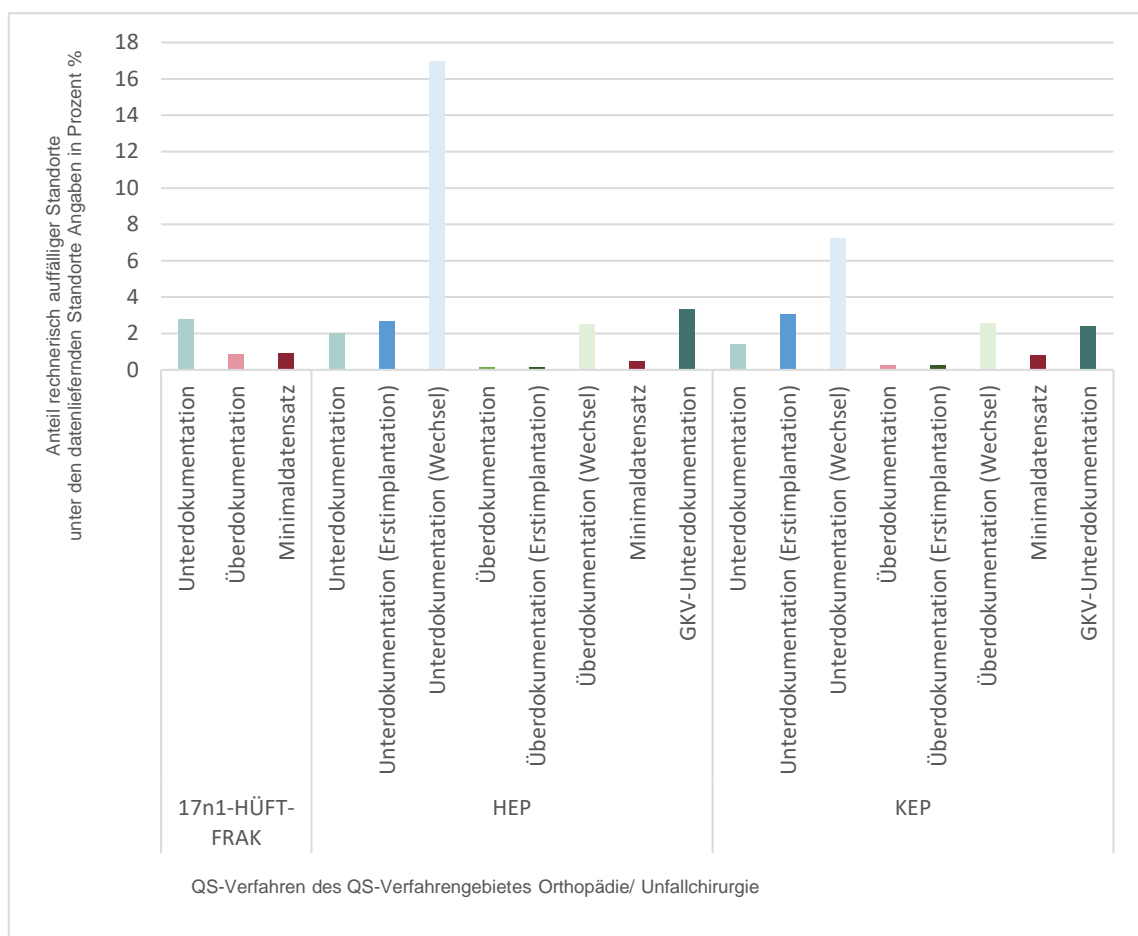


Abbildung 26: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit in den QS-Verfahren des QS-Verfahrensgebietes Orthopädie/ Unfallchirurgie

Anhand der Abbildung ist gut zu erkennen, dass für Unterdokumentation und für Überdokumentation der Anteil von rechnerischen Auffälligkeiten von Unter/Überdokumentation zu Erstimplantation sowie von Erstimplantation zu Wechsel steigt. In allen drei QS-Verfahren werden unter einem Prozent der Standorte im AK zum MDS rechnerisch auffällig. Im Vergleich zwischen den Auswertungsmodul HEP und KEP waren von den jeweiligen datenliefernden Standorten

deutlich mehr Standorte hinsichtlich dem AK zur Unterdokumentation (Wechsel) bei HEP (16,9 %) rechnerisch auffällig, als bei KEP (7,2 %). In allen weiteren AKs unterscheiden sich die beiden QS-Verfahren nur geringfügig.

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

AK-ID 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

33 (2,8 %) der 1.192 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf, wobei 3 wiederholt rechnerisch auffällig waren (EJ 2016). 17 (51,5 %) der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte erhielten einen Hinweis und 16 Standorte wurden um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation bei einem Standort und eine fehlerhafte Dokumentation bei 12 (75,0 %) der Standorte festgestellt. 3 Standorte wurden als „Sonstiges“ eingestuft. Für insgesamt 3 der 12 Standorte konnte eine wiederholte fehlerhafte Dokumentation seit dem Vorjahr (EJ 2016) festgestellt werden.

AK-ID 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

10 (0,8 %) der 1.192 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf, wobei 3 Standorte im EJ 2016 und ein Standort bereits seit EJ 2015 rechnerisch auffällig waren. An 3 Standorte wurden Hinweise versendet und 7 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 6 (85,7 %) der rechnerisch auffälligen Standorte festgestellt. Ein Standort erhielt die Einstufung „Sonstiges“. Für 2 der 6 Standorte wurde die fehlerhafte Dokumentation bereits wiederholt zum EJ 2016 festgestellt. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung getroffen.

AK-ID 850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

11 (0,9 %) der 1.192 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. 2 Standorte sind wiederholt rechnerisch auffällig zum EJ 2016. An 6 Standorte wurden Hinweise versendet und 5 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 4 Standorte eine korrekte und für einen Standort eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Tabelle 46: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK

	AK-ID	850351	850352	850368
Anzahl datenliefernder Standorte		1.192	1.192	1.192
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		33	10	11
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		3	3	2

AK-ID	850351	850352	850368
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	1	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt	17	3	6
Stellungnahmen angefordert	16	7	5
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	1	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	0	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	12	6	1
Sonstiges [S90, S91, S99]	3	1	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	3	2	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0

AK-ID 850351= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850352= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850368= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.10 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

AK-ID 850272: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

26 (2,0 %) der 1.286 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf, wobei 3 wiederholt rechnerisch auffällig waren. An 9 Standorte wurden Hinweise versendet und 17 Standorte um Stellungnahme gebeten (65,4 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 15 (88,2 %) der rechnerisch auffälligen Standorte festgestellt. 2 Standorte wurden mit „Sonstiges“ eingestuft. Eine wiederholte fehlerhafte Dokumentation zum EJ 2016 konnte für 2 Standorte festgestellt werden.

AK-ID 850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

2 (0,2 %) der 1.286 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. Es wurde ein Hinweis versendet und ein Standort

um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei diesem Standort eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

In dem AK wird betrachtet, ob für den Zählleistungsbereich „Erstimplantation“ in Standorten eine Unterdokumentation (< 95,0 %) vorliegt. 34 (2,7 %) der 1.283 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK rechnerisch auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. 4 Standorte waren wiederholt rechnerisch auffällig zum EJ 2016. An 17 Standorte wurden Hinweise versendet und 17 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 14 (82,4 %) der Standorte festgestellt und für 2 davon wiederholt identifiziert (EH 2016). Die anderen 2 Standorte wurden als „Sonstiges“ eingestuft. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung getroffen.

AK-ID 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

In dem AK wird betrachtet, ob für den Zählleistungsbereich „Erstimplantation“ in Standorten eine Überdokumentation (> 110,0 %) vorliegt. 2 (0,2 %) der 1.283 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK rechnerisch auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. An einen Standort wurde ein Hinweis versendet und der andere Standort um Stellungnahme gebeten. Für diesen wurde als Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

In dem AK wird betrachtet, ob für den Zählleistungsbereich „Wechsel“ in Standorten eine Unterdokumentation (< 95,0 %) vorliegt. In diesem AK waren 198 (16,9 %) der 1.169 datenliefernden Krankenhausstandorte rechnerisch auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. Von den 198 rechnerisch auffälligen Standorten sind 90 (45,5 %) Standorte bereits im Vorjahr (EJ 2016) und 43 (21,7 %) Standorte sowohl im Vorjahr (EJ 2016) als auch im EJ 2015 rechnerisch auffällig gewesen. An 74 Standorte wurden Hinweise versendet und 124 (62,6 %) Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation bei 14 Standorten und eine fehlerhafte Dokumentation bei 88 (70,9 %) der Standorte festgestellt. 22 Standorte erhielten die Einstufung „Sonstiges“. 48 (54,5 %) der als fehlerhaft dokumentierend eingestuften Standorte waren bereits im Vorjahr (EJ 2016) auffällig und 6 bereits seit dem EJ 2015. Mit 19 Standorten wurden Zielvereinbarungen geschlossen. Nach Angaben einer LQS sind Ursachen für die Unterdokumentation bei Wechsleingriffen insbesondere die nicht korrekte Auslösung der Teilbögen sowie die unterschiedliche Berechnungssystematik für Soll und Ist in den Zählleistungsbereichen.

AK-ID 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

In dem AK wird betrachtet, ob für den Zählleistungsbereich „Wechsel“ in Standorten eine Überdokumentation (> 110 %) vorliegt. 29 (2,5 %) der 1.169 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf, wobei ein Standort bereits seit EJ 2015 und 2 weitere Standorte auch im Vorjahr rechnerisch auffällig waren. An 15 Standorte wurden Hinweise versendet und 14 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 12 (85,7 %) der Standorte festgestellt.

der Standorte festgestellt und für einen Standort wiederholt identifiziert. 2 Standorte wurden als „Sonstiges“ eingestuft. Mit 2 Standorten wurden Zielvereinbarungen getroffen.

AK-ID 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

6 (0,5 %) der 1.275 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. 2 der 6 rechnerisch auffälligen Standorte waren bereits im Vorjahr (EJ 2016) auffällig. An einen Standort wurde ein Hinweis versendet und 5 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation bei einem und eine fehlerhafte Dokumentation bei 4 Krankenhausstandorten festgestellt. Mit einem Standort wurden Zielvereinbarungen geschlossen.

AK-ID 850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

43 (3,4 %) der 1.285 datenliefernden Krankenhausstandorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 8 der auffälligen Standorte waren bereits im EJ 2016 rechnerisch auffällig. An 15 Standorte wurden Hinweise versendet und 28 Standorte um Stellungnahme gebeten (65,1 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation nur bei 2 Standorten festgestellt. Eine fehlerhafte Dokumentation wurde bei 18 (64,2 %) Standorten identifiziert und 8 Standorte wurden als „Sonstiges“ eingestuft. Für 4 Standorte wurden wiederholt fehlerhafte Dokumentation seit dem EJ 2016 festgestellt. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung getroffen.

Tabelle 47: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP

AK-ID	850272	850273	850274*	850275*	850276*	850277*	850369	850376
Anzahl datenliefernder Standorte	1.286	1.286	1.283	1.283	1.169	1.169	1.275	1.285
Rechnerische Auffälligkeiten								
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	26	2	34	2	198	29	6	43
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	3	0	4	0	90	3	2	8
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0	43	1	0	0
Maßnahmen								
Hinweise verschickt	9	1	17	1	74	15	1	15
Stellungnahmen angefordert	17	1	17	1	124	14	5	28

AK-ID	850272	850273	850274*	850275*	850276*	850277*	850369	850376
Weiterführende Maßnahmen								
Besprechung	0	0	0	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	1	0	19	2	1	1
Bewertungen nach Strukturierem Dialog								
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	1	0	14	0	1	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	15	1	14	1	88	12	4	18
Sonstiges [S90, S91, S99]	2	0	2	0	22	2	0	8
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen								
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	2	0	2	0	48	1	0	4
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0	6	0	0	0

AK-ID 850272= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850273= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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)

AK-ID 850369= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

AK-ID 850376= Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

* Zählleistungsbereich

5.11 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

AK-ID 850344: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

In dem AK wird betrachtet, ob für den Zählleistungsbereich „Erstimplantation“ eine Unterdokumentation (< 95,0 %) vorliegt. 34 (3,4 %) der 1.111 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf, wobei 3 davon im

EJ 2016 und 2 bereits im EJ 2015 rechnerisch auffällig waren. An 12 Standorte wurden Hinweise versendet und 22 Standorte um Stellungnahme gebeten (64,7 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei 3 Standorten eine korrekte und bei 16 Standorten (72,7 %) eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. 3 Standorte wurden mit „Sonstiges“ eingestuft. 2 der 16 Standorte wiesen bereits im Vorjahr eine fehlerhafte Dokumentation auf. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung getroffen.

AK-ID 850345: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

In dem AK wird betrachtet, ob für den Zählleistungsbereich „Erstimplantation“ eine Überdokumentation (> 110,0 %) vorliegt. 3 (0,4 %) der 1.111 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. An einen Standort wurde ein Hinweis versendet und 2 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für diese zwei Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850346: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

In dem AK wird betrachtet, ob für den Zählleistungsbereich „Wechsel“ eine Unterdokumentation (< 95,0 %) vorliegt. 76 (7,2 %) der 1.049 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. Von den 76 rechnerisch auffälligen Standorten waren 28 (36,8 %) Standorte bereits im Vorjahr (EJ 2016) und 13 (17,1 %) Standorte sowohl im Vorjahr (EJ 2016) als auch im Vorvorjahr (EJ 2015) rechnerisch auffällig. An 31 Standorte wurden Hinweise versendet und 45 Standorte um Stellungnahme gebeten (59,2 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation bei nur 7 Standorten und eine fehlerhafte Dokumentation bei 32 (70,1 %) der Standorte festgestellt. 6 Standorte wurden als „Sonstiges“ eingestuft. 13 (28,8 %) der um Stellungnahme gebeten Standorte haben bereits im Vorjahr (EJ 2016) und ein Standort bereits im EJ 2015 eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt bekommen. Mit 6 Standorten wurden Zielvereinbarungen getroffen. Ursache für die Unterdokumentation der Wechseleingriffe sei nach Angaben einer LQS insbesondere die nicht korrekte Auslösung der Teilbögen sowie die unterschiedliche Berechnungssystematik für Soll und Ist in den Zählleistungsbereichen.

AK-ID 850347: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

In dem AK wird betrachtet, ob für den Zählleistungsbereich „Wechsel“ eine Überdokumentation (> 110,0 %) vorliegt. 27 (2,6 %) der 1.049 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. 6 Standorte wiesen bereits zum EJ 2016 und 4 seit dem EJ 2015 rechnerische Auffälligkeiten auf. 13 (48,2 %) der rechnerisch auffälligen Standorte erhielten lediglich einen Hinweis und 14 Standorte wurden um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 13 (92,8 %) der Standorte festgestellt, wobei 3 wiederholte fehlerhafte Dokumentationen aus dem EJ 2016 und ein Standort diese bereits seit dem EJ 2015 aufgewiesen haben. Mit 4 Standorten wurden Zielvereinbarungen getroffen.

AK-ID 850348: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

16 (2,0 %) der 1.128 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. An 6 Standorte wurden Hinweise versendet und

10 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation bei einem Standort und eine fehlerhafte Dokumentation bei 9 (90,0 %) Standorten festgestellt.

AK-ID 850349: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

3 (0,3 %) der 1.128 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. Ein Standort erhielt einen Hinweis und 2 Standorte wurden um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für die beiden Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850370: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

9 (0,8 %) der 1.119 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert, wobei 2 davon bereits zum EJ 2016 rechnerisch auffällig waren. An 3 Standorte wurden Hinweise versendet und 6 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 2 der Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Einer dieser Standorte hatte bereits im Vorjahr fehlerhaft dokumentiert und mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. Nach Angaben einer LQS führte ein klinischer Einzelfall (kniegelenksnahe Fraktur) zu einer Erstimplantation einer Knieendoprothese (Voll- oder Teilersatz) und zu einer rechnerischen Auffälligkeit bezüglich der Minimaldatensätze in diesem QS-Verfahren.

AK-ID 850375: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

27 (2,4 %) der 1.127 datenliefernden Krankenhausstandorte wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf und 5 waren bereits seit dem EJ 2016 rechnerisch auffällig. An 9 Standorte wurden Hinweise versendet und 18 Standorte um Stellungnahme gebeten (66,6 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation nur für einen Standort festgestellt. 3 Standorte wurden als „Sonstiges“ eingestuft und bei 14 (77,7 %) musste eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. 5 Standorte wiesen bereits im Vorjahr (EJ 2016) fehlerhafte Dokumentationen auf. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Tabelle 48: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP

AK-ID	850344*	850345*	850346*	850347*	850348	850349	850370	850375
Anzahl datenliefernder Standorte	1111	1111	1049	1049	1128	1128	1119	1127
Rechnerische Auffälligkeiten								
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	34	3	76	27	16	3	9	27
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	3	0	28	6	0	0	2	5

AK-ID	850344*	850345*	850346*	850347*	850348	850349	850370	850375
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	2	0	13	4	0	0	0	0
Maßnahmen								
Hinweise verschickt	12	1	31	13	6	1	3	9
Stellungnahmen angefordert	22	2	45	14	10	2	6	18
Weiterführende Maßnahmen								
Besprechung	0	0	0	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	1	0	6	4	0	0	1	1
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog								
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	3	0	7	1	0	0	4	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	16	2	32	13	9	2	2	14
Sonstiges [S90, S91, S99]	3	0	6	0	1	0	0	3
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen								
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	2	0	13	3	0	0	1	5
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	1	1	0	0	0	0

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)

AK-ID 850348= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850349= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850370= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

AK-ID 850375= Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten

* Zählleistungsbereich

Mammachirurgie

5.12 Mammachirurgie (18n1-MAMMA)

AK-ID 850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

18 (2,0 %) der 897 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. 1 Standort war bereits seit dem EJ 2015 und ein weiterer Standort seit dem EJ 2016 rechnerisch auffällig. An 7 Standorte wurden Hinweise versendet und 11 Standorte um Stellungnahme gebeten (61,1 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 10 (55,5 %) der Standorte festgestellt. Ein Standort wurde als „Sonstiges“ eingestuft. 2 Standorte haben bereits im Vorjahr (EJ 2016) und ein Standort bereits im EJ 2015 fehlerhaft dokumentiert.

AK-ID 850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

4 (0,5 %) der 897 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. An 3 Standorte wurden Hinweise versendet und ein Standort um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5 (0,6 %) der 897 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und ein Standort bereits wiederholt aus dem EJ 2016. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. An 2 Standorte wurden Hinweise versendet und 3 Standorte um Stellungnahme gebeten (60,0 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei keinem Standort festgestellt. Ein Standort wurde als „Sonstiges“ eingestuft. Nach Angaben einer LQS führte ein klinischer Einzelfall (Lipom) zu einer rechnerischen Auffälligkeit bezüglich der Minimaldatensätze in diesem QS-Verfahren.

Tabelle 49: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA

	AK-ID	850093	850094	850227
Anzahl datenliefernder Standorte		897	897	897
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		18	4	5
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		2	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		1	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt		7	3	2
Stellungnahmen angefordert		11	1	3

Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	10	1	0
Sonstiges [S90, S91, S99]	1	0	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	2	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	1	0	0

AK-ID 850093= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850094= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850227= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Pflege

5.13 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)

AK-ID 850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

65 (3,7 %) der 1.747 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. 9 der Standorte wiesen im EJ 2016 und 2 Standorte bereits im EJ 2015 rechnerische Auffälligkeiten auf. An 18 Standorte wurden Hinweise versendet und 47 Standorte um Stellungnahme gebeten (72,3 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation nur bei 3 Standorten festgestellt. 3 weitere Standorte wurden als „Sonstiges“ eingestuft und bei 41 (87,2 %) wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Für 6 Standorte war dies eine wiederholte fehlerhafte Dokumentation seit EJ 2016.

AK-ID 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

10 (0,6 %) der 1.747 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. 2 der Standorte wiesen bereits zum EJ 2016 rechnerische und fehlerhafte Dokumentationen auf. An 3 Standorte wurden Hinweise versendet und 7 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für alle 7 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

In diesem AK wies keiner der 1.747 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hat keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte für mehr als 5,0 % seiner dokumentationspflichtigen Fälle einen MDS angelegt und exportiert.

Tabelle 50: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul DEK

	AK-ID	850095	850096	850230
Anzahl datenliefernder Standorte		1.747	1.747	1.747
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		65	10	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		9	2	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		2	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt		18	3	0
Stellungnahmen angefordert		47	7	0
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung		0	0	0
Begehung		0	0	0
Zielvereinbarung		0	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		3	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		41	7	0
Sonstiges [S90, S91, S99]		3	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		6	2	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0

AK-ID 850095= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850096= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850230= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Pneumonie

5.14 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

AK-ID 850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

29 (2,0 %) der 1.434 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf, wobei 6 Standorte aus dem EJ 2016 und 2 Standorte aus dem EJ 2015 wiederholt rechnerisch auffällig waren. An 10 Standorte wurden Hinweise versendet und 19 Standorte um Stellungnahme gebeten (65,5 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation nur bei 2 Standorten identifiziert. Ein Standort wurde als „Sonstiges“ eingestuft. Eine fehlerhafte Dokumentation wurde somit bei 16 (84,2 %) der Standorte festgestellt. 4 Standorte wiesen bereits zum EJ 2016 fehlerhafte Dokumentationen auf. Mit 2 Standorten wurden Zielvereinbarungen getroffen.

AK-ID 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

20 (1,4 %) der 1.434 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf, wobei 6 Standorte aus dem EJ 2016 und 2 Standorte aus dem EJ 2015 wiederholt rechnerisch auffällig waren. An 5 Standorte wurden Hinweise versendet und 15 Standorte um Stellungnahme gebeten (75,0 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 11 (73,3 %) dieser Standorte festgestellt. 3 Standorte wiesen bereits aus dem EJ 2016 und ein Standort bereits seit EJ 2015 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Mit einem Standort wurde eine Besprechung als weiterführende Maßnahme abgehalten.

AK-ID 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

14 (1,0 %) der 1.435 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. D.h. bei diesen Standorten wurde für mehr als 5,0 % der dokumentationspflichtigen Fälle ein MDS angelegt und exportiert. Davon waren 5 Standorte aus dem EJ 2016 und 1 Standorte aus dem EJ 2015 wiederholt rechnerisch auffällig. An 5 Standorte wurden Hinweise versendet und 9 Standorte um Stellungnahme gebeten (64,3 %). Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine fehlerhafte Dokumentation bei 6 (66,6 %) dieser Standorte festgestellt. Ein Standort wies bereits zum EJ 2016 fehlerhafte Dokumentationen auf.

Tabelle 51: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul PNEU

	AK-ID	850101	850102	850229
Anzahl datenliefernder Standorte		1.434	1.434	1.435
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		29	20	14
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		6	6	5
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		2	2	1

	AK-ID	850101	850102	850229
Maßnahmen				
Hinweise verschickt		10	5	5
Stellungnahmen angefordert		19	15	9
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechung		0	1	0
Begehung		0	0	0
Zielvereinbarung		2	0	0
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		2	4	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		16	11	6
Sonstiges [S90, S91, S99]		1	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		4	3	1
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	1	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 AK, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die AKs zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren sind in der folgenden Abbildung 27 und Abbildung 28 dargestellt.

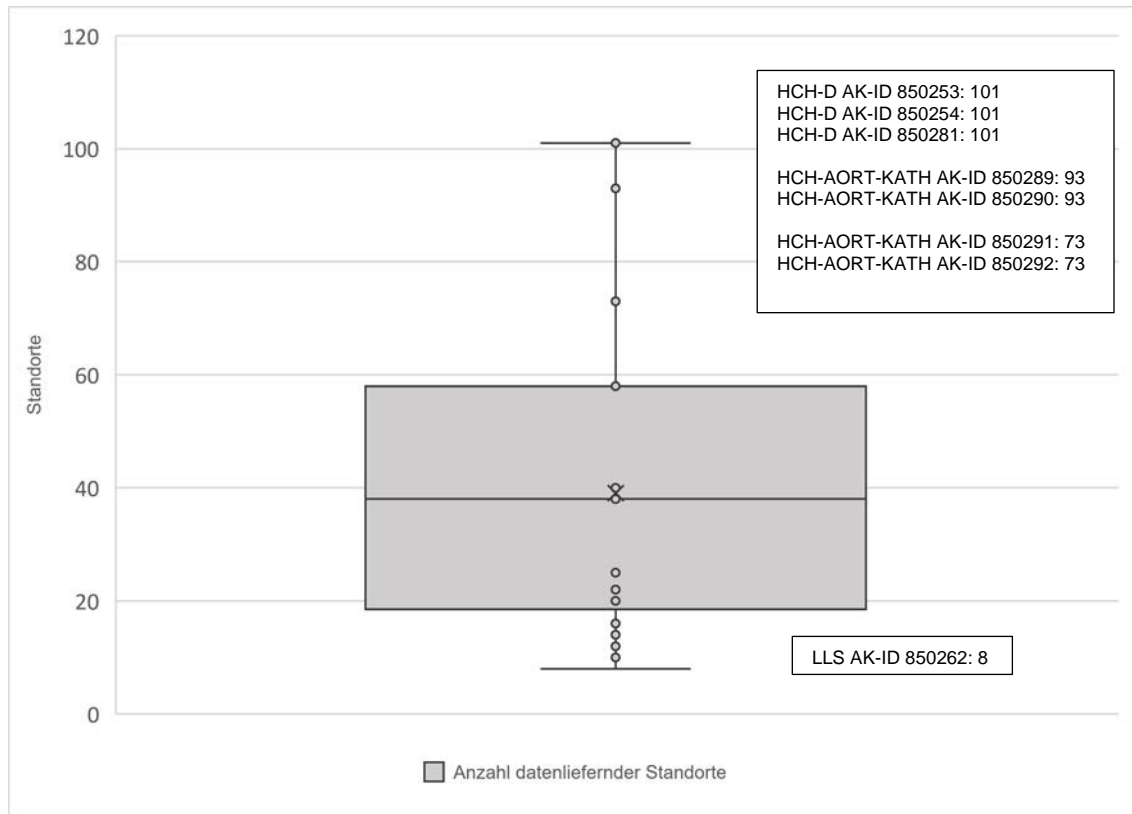


Abbildung 27: Verteilung der datenliefernden Standorte über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass die Anzahl der datenliefernden Standorte über die AKs zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren so verteilt ist, dass zu einigen AKs überdurchschnittlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben 39 Standorte Daten pro AK geliefert, wobei ein Standort zu mehreren AKs Daten liefern kann. Im Vergleich hatten durchschnittlich 1.010 Standorte Daten zu einem AK zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren geliefert und 41 Standorte zu einem AK zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren. Das Minimum liegt bei 8 datenliefernden Standorten und das Maximum bei 101. Für mindestens 50 % der AKs lieferten 38 Standorte Daten und für mindestens 75 % der AKs lieferten 58 Standorte Daten.

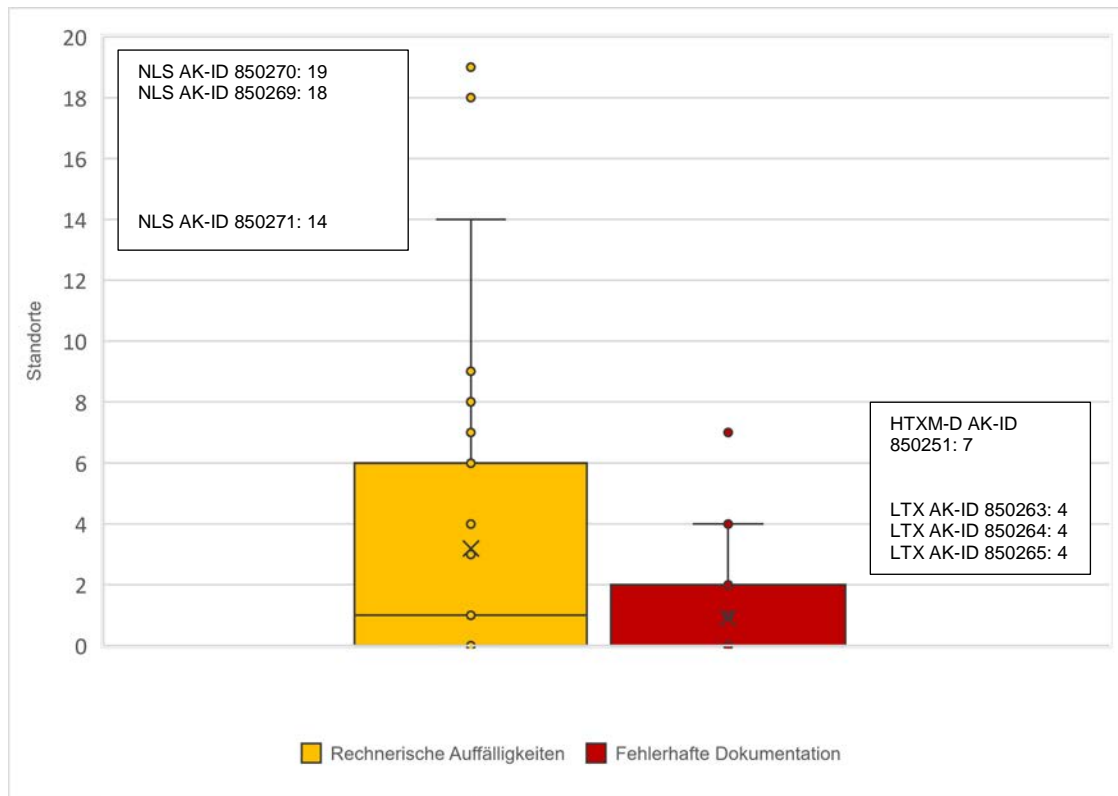


Abbildung 28: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) über alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren

Abbildung 28 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der auffällig gewordenen Standorte pro AK zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel waren 3,2 Standorte pro AK zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren rechnerisch auffällig. Für mindestens ein Viertel der AKs sind keine Standorte, für mindestens die Hälfte ist 1 Standort und für mindestens drei Viertel sind 6 Standorte rechnerisch auffällig geworden. Unter allen AKs zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren wiesen minimal kein Standort und maximal 4 Standorte fehlerhafte Dokumentationen auf. Für mindestens die Hälfte der AKs hatten keine Standorte und für mindestens drei Viertel der AKs hatten 2 Standorte fehlerhaft dokumentiert. Während häufiger rechnerische Auffälligkeiten im Vergleich zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren vorliegen, bestehen durchschnittlich keine Unterschiede hinsichtlich fehlerhaften Dokumentationen.

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen zu bewerten, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Standorten (Abbildung 29) bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen (Abbildung 30) gesetzt. Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro AK zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren ist in folgendem Säulendiagramm abgebildet (Abbildung 29). Im Vergleich zu allen AKs zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren hatten Standorte hinsichtlich den AKs 850269 und 850270 im Auswertungsmodul NLS mit fast 50 % die höchsten Anteile von rechnerischen Auffälligkeiten an den jeweiligen datenlie-

fernden Standorten. Im Weiteren wiesen auch jeweils um ein Drittel der datenliefernden Standorte rechnerische Auffälligkeiten hinsichtlich folgender AKs auf: NLS AK-ID 850271: 35,9 %; LTX AK-ID 850265: 34,8 % und LTX AK-ID 850263: 28,6 %. Hervorzuheben ist aber, dass es für mehrere AKs keine rechnerisch auffälligen Standorte gegeben hat, z.B. HCH-AORT-KATH AK-ID 850290.

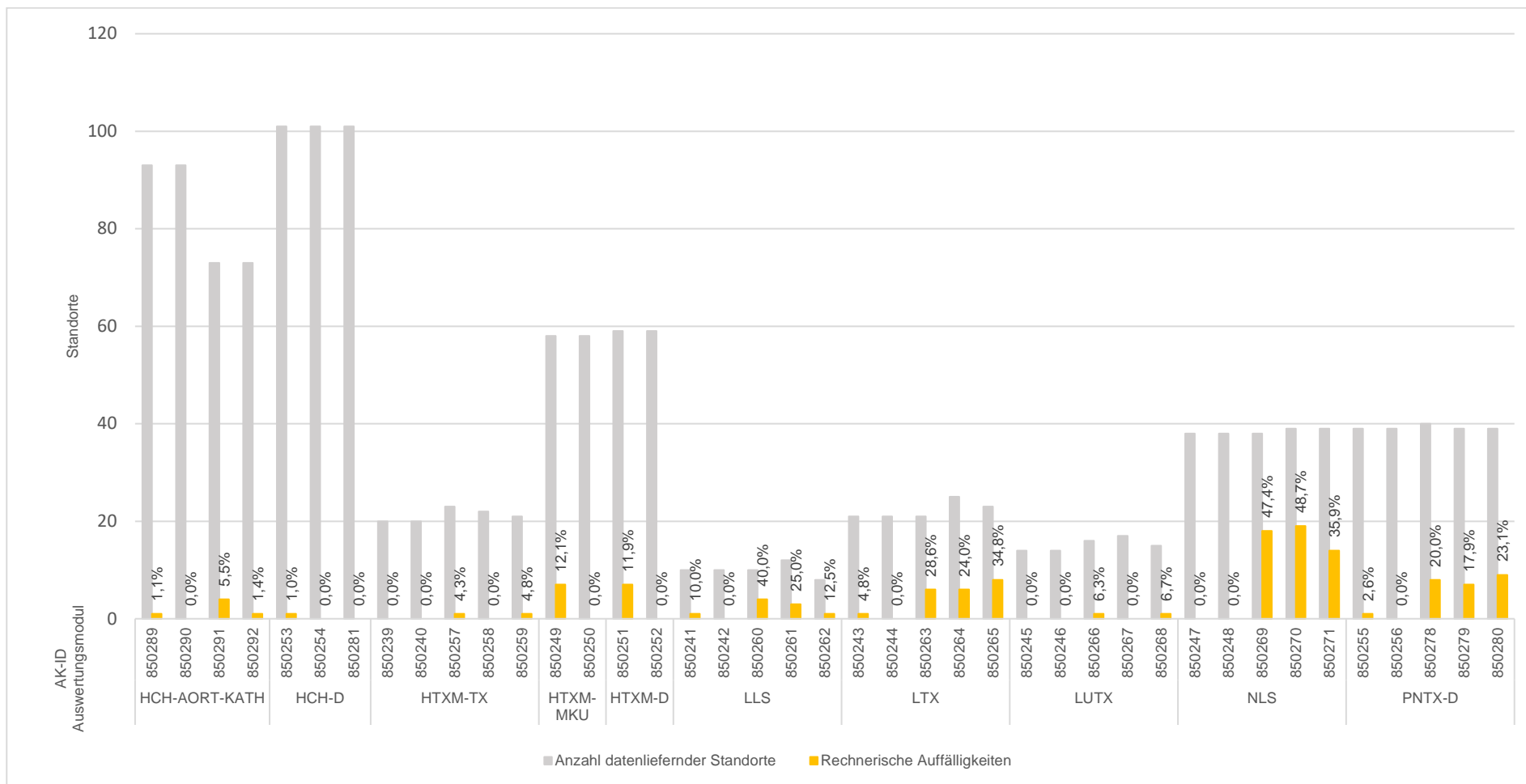


Abbildung 29: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren

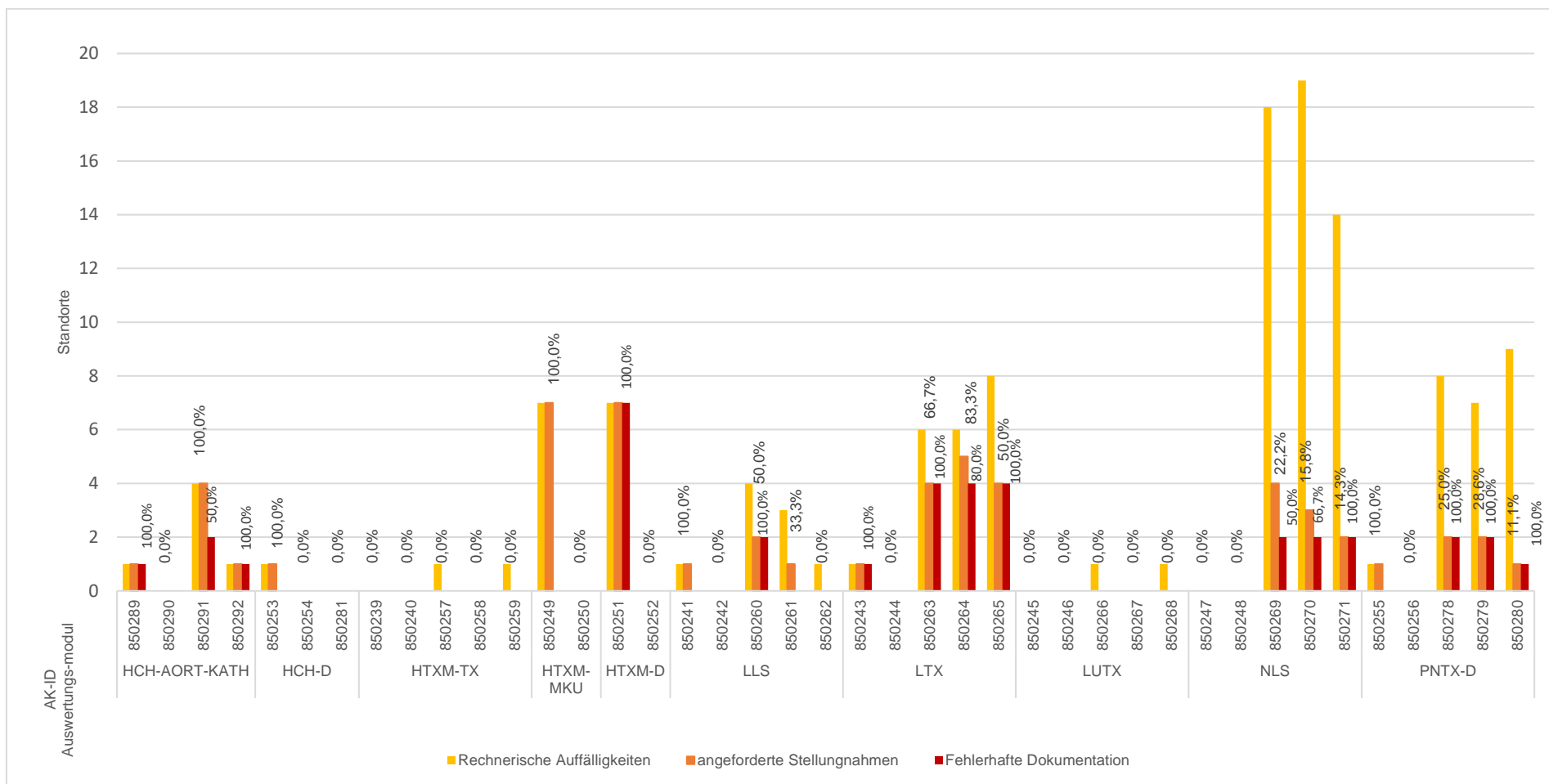


Abbildung 30: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten (1.) und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen (2.) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren

In Abbildung 30 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro AK 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. Anders als für die AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren, wurden für diese AKs auch Hinweise verschickt, z.B. AK-ID 850260 im Auswertungsmodul LLS. Für alle außer 9 AKs wurde nach jedem Strukturierten Dialog, also in 100 %, eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Auffällig ist dabei das AK 850249 im Auswertungsmodul HTXM-MKU, denn von 7 Standorten, die rechnerisch auffällig waren, wurde in jedem Fall eine Stellungnahme angefordert und in keinem Fall eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren beschrieben.

Herzchirurgie

5.15 Herzchirurgie (HCH-D)

AK-ID 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Einer (1,0 %) der 101 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig und wies eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In diesem AK wies keiner der 101 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate > 110,0 %.

AK-ID 850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

In diesem AK wies keiner der 101 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Tabelle 52: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HCH-D

	AK-ID	850253	850254	850281
Anzahl datenliefernder Standorte		101	101	101
Rechnerische Auffälligkeiten				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		1	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise verschickt		0	0	0

	AK-ID	850253	850254	850281
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]		1	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		0	0	0
Sonstiges [S90, S91, S99]		0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen				
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0

AK-ID 850253= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850254= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850281= Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.16 Aortenklappenchirurgie, isoliert

5.16.1 Zählleistungsbereiche: Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) (HCH-AORT-KATH)

AK-ID 850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)

Einer (1,1 %) der 93 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK rechnerisch auffällig und wies eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. Dieser Standort wurde um Stellungnahme gebeten und wies im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation auf.

AK-ID 850290: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)

In diesem AK wies keiner der 93 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate > 110,0 %.

AK-ID 850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)

4 (5,5 %) der 73 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK rechnerisch auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 95,0 %) auf. Diese 4 Standorte wurden um Stellungnahme gebeten. 2 der Standorte wiesen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine korrekte und 2 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation auf.

AK-ID 850292: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)

Einer (1,4 %) der 73 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Überdokumentation (> 110,0 %) auf. Dieser Standort wurde um Stellungnahme gebeten und wies im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 53: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH

	AK-ID	850289*	850290*	850291*	850292*
Anzahl datenliefernder Standorte		93	93	73	73
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		1	0	4	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt		0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert		1	0	4	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	2	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		1	0	2	1
Sonstiges [S90, S91, S99]		0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		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)

* Zählleistungsbereich

Transplantationsmedizin

Mit dem EJ 2017 wurde eine Änderung der Auswertung der AKs zur Dokumentationsrate im Follow-up sowie der QIs im Follow-up der Transplantatfunktion in den QS-Verfahren der Transplantationsmedizin umgesetzt. Für die Erhebung der Follow-up-Informationen galt bisher der empfohlene Zeitraum „30 Tage vor bis 60 Tage nach dem Operationsdatum plus 1, 2 bzw. 3 Jahre“. Für die Berechnung der AKs und QIs hatte dies bisher allerdings keine Bedeutung. Seit dem EJ 2017 werden für die Berechnung der AKs zur Dokumentationsrate des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up sowie der QIs zur Transplantatfunktion 1, 2 und 3 Jahre nach der Transplantation allerdings 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 – durch den für die Transplantationszentren hohen Aufwand 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.

Herz-/ Lungentransplantation

5.17 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen (HTXM-D)

AK-ID 850251: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

7 (11,9 %) der 59 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 100,0 %) auf. Einer der Standorte war bereits im Vorjahr (EJ 2016) rechnerisch auffällig geworden. Von 7 angeforderten Stellungnahmen wiesen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs alle Standorte eine fehlerhafte Dokumentation auf. Ein Standort war bereits zum EJ 2016 mit einer fehlerhaften Dokumentation auffällig.

AK-ID 850252: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In diesem AK wies keiner der 59 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate > 110,0 %.

Tabelle 54: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTXM-D

	AK-ID	850251	850252
Anzahl datenliefernder Standorte		59	59
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		7	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		1	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0

	AK-ID	850251	850252
Maßnahmen			
Hinweise verschickt		0	0
Stellungnahmen angefordert		7	0
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]		7	0
Sonstiges [S90, S91, S99]		0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		1	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0

AK-ID 850251= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850252= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

5.17.1 Herztransplantation (HTXM-TX)

AK-ID 850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)

In diesem Zählleistungsbereich wies keiner der 20 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate < 95,0 %.

AK-ID 850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)

In diesem Zählleistungsbereich wies keiner der 20 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate > 110,0 %.

AK-ID 850257: Auffälligkeitskriterium zum 1-Jahres-Follow-up

Einer (4,4 %) der 23 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig. Der entsprechende Standort wurde mit einem Hinweis auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. Aufgrund von Rechenregeländerungen, die erst mit Veröffentlichung der QIDB 2017 den Transplantationszentren bekannt gemacht wurden, wurde für die AKs zum 1-Jahres-Follow-up kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

AK-ID 850258: Auffälligkeitskriterium zum 2-Jahres-Follow-up

In diesem AK wies keiner der 22 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. lag zu mindestens 95,0 % der dokumentationspflichtigen Follow-up-Fälle ein vollständiger und plausibler Follow-up-Datensatz vor.

AK-ID 850259: Auffälligkeitskriterium zum 3-Jahres-Follow-up

Einer (4,8 %) der 21 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig. Der entsprechende Standort wurde mit einem Hinweis auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. Aufgrund von Rechenregeländerungen, die erst mit Veröffentlichung der QIDB 2017 den Transplantationszentren bekannt gemacht wurden, wurde für die AKs zum 3-Jahres-Follow-up kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Tabelle 55: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX

AK-ID	850239*	850240*	850257	850258	850259
Anzahl datenliefernder Standorte	20	20	23	22	21
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	1	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	0	0	0	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt	0	0	1	0	1
Stellungnahmen angefordert	0	0	0	0	0
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	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0	0	0
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	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

* Zählleistungsbereich

5.17.2 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU)

AK-ID 850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

7 (12,1 %) der 58 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK (Zählleistungsbereich) auffällig und wiesen eine Unterdokumentation (< 100,0 %) auf, wobei ein Standort wiederholt auffällig war (EJ 2016). Von den 7 Stellungnahmen wurden im Ergebnis des Strukturier-ten Dialogs, da eine Evaluation bereits in einem anderen Indikator stattfand, die 7 Standorte mit „Sonstiges“ bewertet.

AK-ID 850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

In diesem Zählleistungsbereich wies keiner der 58 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate > 110,0 %.

Tabelle 56: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-MKU

	AK-ID	850249*	850250*
Anzahl datenliefernder Standorte		58	58
Rechnerische Auffälligkeiten			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		7	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		1	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0
Maßnahmen			
Hinweise verschickt		0	0
Stellungnahmen angefordert		7	0
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung		0	0
Begehung		0	0
Zielvereinbarung		0	0
Bewertungen nach Strukturier-tem Dialog			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]		0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		0	0

	AK-ID	850249*	850250*
Sonstiges [S90, S91, S99]		7	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016		0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0

AK-ID 850249= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)

AK-ID 850250= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)

* Zählleistungsbereich

5.18 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

AK-ID 850245: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

In diesem AK wies keiner der 14 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate < 100,0 %.

AK-ID 850246: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In diesem AK wies keiner der 14 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate > 110,0 %.

AK-ID 850266: Auffälligkeitskriterium zum 1-Jahres-Follow-up

Einer (6,3 %) der 16 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig. Der entsprechende Standort wurde mit einem Hinweis auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen.

AK-ID 850267: Auffälligkeitskriterium zum 2-Jahres-Follow-up

In diesem AK wies keiner der 17 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf.

AK-ID 850268: Auffälligkeitskriterium zum 3-Jahres-Follow-up

Einer (6,7 %) der 15 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig. Der entsprechende Standort wurde mit einem Hinweis auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen.

Tabelle 57: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LUTX

	AK-ID	850245	850246	850266	850267	850268
Anzahl datenliefernder Standorte		14	14	16	17	15
Rechnerische Auffälligkeiten						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		0	0	1	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	0	0	0	0

AK-ID	850245	850246	850266	850267	850268
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt	0	0	1	0	1
Stellungnahmen angefordert	0	0	0	0	0
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	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0	0	0
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0	0

AK-ID 850245= Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation

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

Lebertransplantation

5.19 Lebertransplantation (LTX)

AK-ID 850243: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation

Einer (4,8 %) der 21 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig und wies eine Underdokumentation (< 100,0 %) auf. Nach angeforderter Stellungnahme wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850244: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In diesem AK wies keiner der 21 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate > 110,0 %.

AK-ID 850263: Auffälligkeitskriterium zum 1-Jahres-Follow-up

6 (28,6 %) der 21 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. Während 2 Standorte einen Hinweis erhalten haben, wurden die 4 anderen rechnerisch auffälligen Standorte um Stellungnahme gebeten. Bei allen 4 Standorten wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850264: Auffälligkeitskriterium zum 2-Jahres-Follow-up

6 (24,0 %) der 25 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. Während ein Standort einen Hinweis erhalten hat, wurden 5 Standorte um Stellungnahme gebeten. Bei diesen Standorten wurde 4 Mal eine fehlerhafte Dokumentation und einmal eine korrekte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850265: Auffälligkeitskriterium zum 3-Jahres-Follow-up

8 (34,8 %) der 23 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig, wobei ein Standort bereits seit dem EJ 2015 rechnerisch auffällig war. An 4 Standorte wurden Hinweise versendet und 4 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei allen 4 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Ein Standort wies bereits seit dem EJ 2015 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 58: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul LTX

	AK-ID	850243	850244	850263	850264	850265
Anzahl datenliefernder Standorte		21	21	21	25	23
Rechnerische Auffälligkeiten						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		1	0	6	6	8
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	0	0	0	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0	0	1
Maßnahmen						
Hinweise verschickt		0	0	2	1	4
Stellungnahmen angefordert		1	0	4	5	4
Weiterführende Maßnahmen						
Besprechung		0	0	0	0	0
Begehung		0	0	0	0	0
Zielvereinbarung		0	0	0	0	0

AK-ID	850243	850244	850263	850264	850265
Bewertungen nach Strukturiertem Dialog					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	1	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0	4	4	4
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0	0	1
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0	1

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

5.20 Leberlebenspende (LLS)

AK-ID 850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Einer (10,0 %) der 10 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig und wies eine Unterdokumentation (< 100,0 %) auf. Nach Stellungnahme wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs die korrekte Dokumentation bestätigt.

AK-ID 850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In diesem AK wies keiner der 10 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate > 110,0 %.

AK-ID 850260: Auffälligkeitskriterium zum 1-Jahres-Follow-up

4 (40,0 %) der 10 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig, wobei ein Standort seit dem EJ 2016 wiederholt rechnerisch auffällig war. An 2 Standorte wurden Hinweise versendet und 2 Standorte um Stellungnahme gebeten. Bei beiden Standorten wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Für einen Standort entspricht dies einer wiederholten fehlerhaften Dokumentation aus EJ 2016.

AK-ID 850261: Auffälligkeitskriterium zum 2-Jahres-Follow-up

3 (25,0 %) der 12 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. An 2 Standorte wurden Hinweise versendet und ein Standort um Stellungnahme gebeten. Bei diesem wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine korrekte Dokumentation bestätigt.

AK-ID 850262: Auffälligkeitskriterium zum 3-Jahres-Follow-up

Einer (12,5 %) der 8 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK auffällig. Der entsprechende Standort wurde mit einem Hinweis auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen.

Tabelle 59: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LLS

AK-ID	850241	850242	850260	850261	850262
Anzahl datenliefernder Standorte	10	10	10	12	8
Rechnerische Auffälligkeiten					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	0	4	3	1
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016	0	0	1	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015	0	0	0	0	0
Maßnahmen					
Hinweise verschickt	0	0	2	2	1
Stellungnahmen angefordert	1	0	2	1	0
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]	1	0	0	1	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	2	0	0
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	1	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	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

Nieren-/ Pankreastransplantation

5.21 Nierenlebenspende (NLS)

AK-ID 850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

In diesem AK wies keiner der 38 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate < 100,0 %.

AK-ID 850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In diesem AK wies keiner der 38 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate > 110,0 %.

AK-ID 850269: Auffälligkeitskriterium zum 1-Jahres-Follow-up

18 (47,4 %) der 38 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. An 14 Standorte wurden Hinweise versendet und 4 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde 2-mal eine fehlerhafte Dokumentation und 2-mal eine korrekte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850270: Auffälligkeitskriterium zum 2-Jahres-Follow-up

19 (48,7 %) der 39 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig und 2 Standorte bereits seit dem EJ 2016. An 16 Standorte wurden Hinweise versendet und 3 Standorte um Stellungnahme gebeten. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei 2 Mal eine fehlerhafte Dokumentation und einmal eine korrekte Dokumentation festgestellt. Für 2 Standorte wiederholt sich die fehlerhafte Dokumentation seit dem EJ 2015.

AK-ID 850271: Auffälligkeitskriterium zum 3-Jahres-Follow-up

14 (35,9 %) der 39 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. An 12 Standorte wurden Hinweise versendet und 2 Standorte um Stellungnahme gebeten. Bei beiden zur Stellungnahme aufgeforderten Standorten wurde eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

Tabelle 60: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul NLS

	AK-ID	850247	850248	850269	850270	850271
Anzahl datenliefernder Standorte		38	38	38	39	39
Rechnerische Auffälligkeiten						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		0	0	18	19	14
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		0	0	0	2	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0	0	0
Maßnahmen						

AK-ID	850247	850248	850269	850270	850271
Hinweise verschickt	0	0	14	16	12
Stellungnahmen angefordert	0	0	4	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	0	2	1	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	2	2	2
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	0	2	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	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

5.22 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)

AK-ID 850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Einer (2,6 %) der 39 datenliefernden Krankenhausstandorte war in dem AK bereits seit dem EJ 2016 auffällig und wies eine Unterdokumentation (< 100,0 %) auf. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs hat sich eine korrekte Dokumentation bestätigt.

AK-ID 850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In diesem AK wies keiner der 39 datenliefernden Krankenhausstandorte eine rechnerische Auffälligkeit auf bzw. hatte keiner der datenliefernden Krankenhausstandorte eine Dokumentationsrate > 110,0 %.

AK-ID 850278: Auffälligkeitskriterium zum 1-Jahres-Follow-up

8 (20,0 %) der 40 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig, wobei einer bereits zum wiederholten Mal rechnerisch auffällig war (EJ 2016). An 6 Standorte wurden Hinweise versendet und 2 Standorte um Stellungnahme gebeten. Bei beiden Standorten wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Einer der Standorte hatte bereits im Vorjahr (EJ 2016) fehlerhafte Dokumentationen aufgewiesen.

AK-ID 850279: Auffälligkeitskriterium zum 2-Jahres-Follow-up

7 (18,0 %) der 39 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. An 5 Standorte wurden Hinweise versendet und 2 Standorte um Stellungnahme gebeten. Bei den 2 zur Stellungnahme aufgeforderten Standorten wurde im Ergebnis eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

AK-ID 850280: Auffälligkeitskriterium zum 3-Jahres-Follow-up

9 (23,1 %) der 39 datenliefernden Krankenhausstandorte waren in dem AK auffällig. Während 8 Standorte einen Hinweis erhalten haben, wurde ein Standort um Stellungnahme gebeten. Bei diesem Standort wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Tabelle 61: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNTX-D

	AK-ID	850255	850256	850278	850279	850280
Anzahl datenliefernder Standorte		39	39	40	39	39
Rechnerische Auffälligkeiten						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten		1	0	8	7	9
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016		1	0	1	0	0
wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2016 und EJ 2015		0	0	0	0	0
Maßnahmen						
Hinweise verschickt		0	0	6	5	8
Stellungnahmen angefordert		1	0	2	2	1
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]		1	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]		0	0	2	2	1

AK-ID	850255	850256	850278	850279	850280
Sonstiges [S90, S91, S99]	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen					
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016	0	0	1	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2016 und EJ 2015	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