



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zur Datenvalidierung 2021 (gemäß QSKH-RL)

Erfassungsjahr 2020

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 27. Juli 2022

Impressum

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2021 (gemäß QSKH-RL). Erfassungsjahr 2020

Ansprechpartnerin:

Anna Maria Steinmann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

16. Mai 2022; aktualisierte Version vom 27. Juli 2022

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..... | 6 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 9 |
| Abkürzungsverzeichnis..... | 10 |
| Kurzfassung | 11 |
| 1 Einleitung..... | 14 |
| 2 Methodik | 16 |
| 2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog..... | 17 |
| 2.1.1 Statistische Basisprüfung (§ 9 Abs. 2 QSKH-RL) | 17 |
| 2.1.2 Durchführung der Statistischen Basisprüfung | 19 |
| 2.1.3 Bewertung der Datenvalidität bei den Auffälligkeitskriterien | 20 |
| 2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und gezielter Datenabgleich | 21 |
| 2.2.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (§ 9 Abs. 4 QSKH-RL)..... | 21 |
| 2.2.2 Gezielter Datenabgleich (§ 9 Abs. 3 QSKH-RL)..... | 22 |
| 2.2.3 Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich und des gezielten Datenabgleichs | 23 |
| 2.2.4 Bewertung der Datenvalidität..... | 24 |
| 3 Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs..... | 27 |
| 3.1 Neonatologie (NEO) | 27 |
| 3.1.1 Umfang des gezielten Datenabgleichs | 27 |
| 3.1.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern | 29 |
| 3.1.3 Maßnahmen und Rückmeldungen der auf Landesebene beauftragten Stellen..... | 40 |
| 3.1.4 Ergebnisse zum Häufigkeits- und Relevanzkriterium..... | 41 |
| 4 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich..... | 42 |
| 4.1 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4) | 42 |
| 4.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung | 42 |
| 4.1.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern | 44 |
| 4.1.3 Maßnahmen und Rückmeldung der auf Landesebene beauftragten Stellen..... | 74 |
| 4.2 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 76 |
| 4.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung | 76 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 4.2.2 | Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern | 78 |
| 4.2.3 | Maßnahmen und Rückmeldung der auf Landesebene beauftragten Stellen..... | 100 |
| 4.3 | Ergebnisse zu den Übereinstimmungsraten der Standorte | 101 |
| 5 | Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung der indirekten QS-Verfahren | 105 |
| 5.1 | Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit | 105 |
| 5.1.1 | Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)..... | 113 |
| 5.1.2 | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM- REV) | 115 |
| 5.1.3 | Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09n4-DEFI-IMPL) | 116 |
| 5.1.4 | Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6-DEFI-REV) | 117 |
| 5.1.5 | Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT) | 118 |
| 5.1.6 | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP)..... | 119 |
| 5.1.7 | Mammachirurgie (18n1-MAMMA) | 121 |
| 5.1.8 | Geburtshilfe (16n1-GEBH)..... | 123 |
| 5.1.9 | Neonatologie (NEO) | 125 |
| 5.1.10 | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1- HÜFT-FRAK) | 129 |
| 5.1.11 | Hüftendoprothesenversorgung (HEP)..... | 131 |
| 5.1.12 | Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 133 |
| 5.1.13 | Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)..... | 136 |
| 5.1.14 | Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 138 |
| 5.2 | Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit | 141 |
| 5.2.1 | Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)..... | 149 |
| 5.2.2 | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW) | 150 |
| 5.2.3 | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM- REV) | 152 |
| 5.2.4 | Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09n4-DEFI-IMPL) | 153 |
| 5.2.5 | Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW).... | 154 |
| 5.2.6 | Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6-DEFI-REV) | 156 |
| 5.2.7 | Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT) | 157 |
| 5.2.8 | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP)..... | 158 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 5.2.9 | Mammachirurgie (18n1-MAMMA) | 159 |
| 5.2.10 | Geburtshilfe (16n1-GEBH) | 161 |
| 5.2.11 | Neonatologie (NEO) | 162 |
| 5.2.12 | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK) | 163 |
| 5.2.13 | Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 164 |
| 5.2.14 | Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 167 |
| 5.2.15 | Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK) | 170 |
| 5.2.16 | Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 172 |
| 6 | Zusammenfassung | 174 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität..... | 20 |
| Tabelle 2: Neonatologie (NEO): Umfang gezielter Datenabgleich | 29 |
| Tabelle 3: Neonatologie (NEO): Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs 2021 (EJ 2020) und Ergebnisse aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018) | 30 |
| Tabelle 4: Unterdokumentierte Einzelereignisse der Standorte, die in einem gezielten Datenabgleich erneut überprüft wurden. | 41 |
| Tabelle 5: Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4): Stichprobenumfang je Bundesland | 43 |
| Tabelle 6: Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2021 (EJ 2020) | 44 |
| Tabelle 7: Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6): Stichprobenumfang je Bundesland..... | 77 |
| Tabelle 8: Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2021 (EJ 2020)..... | 78 |
| Tabelle 9: Ausgeschlossene Datenfelder für die Berechnung der Gesamtübereinstimmungsrate der Krankenhausstandorte | 102 |
| Tabelle 10: Alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, bei denen Standorte wiederholt rechnerisch auffällig wurden und die wiederholt bestätigte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen. | 111 |
| Tabelle 11: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL..... | 114 |
| Tabelle 12: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV | 115 |
| Tabelle 13: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL | 116 |
| Tabelle 14: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV | 117 |
| Tabelle 15: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT | 118 |
| Tabelle 16: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP | 120 |
| Tabelle 17: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA..... | 122 |
| Tabelle 18: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH..... | 124 |
| Tabelle 19: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul NEO..... | 127 |
| Tabelle 20: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul NEO..... | 128 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle 21: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK | 130 |
| Tabelle 22: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HEP | 132 |
| Tabelle 23: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul KEP | 135 |
| Tabelle 24: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul DEK..... | 137 |
| Tabelle 25: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNEU | 140 |
| Tabelle 26: Auswertungen des Strukturierten Dialogs differenziert nach den drei Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit insgesamt | 145 |
| Tabelle 27: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL | 149 |
| Tabelle 28: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW | 151 |
| Tabelle 29: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV | 152 |
| Tabelle 30: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL | 153 |
| Tabelle 31: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n5-DEFI-AGGW | 155 |
| Tabelle 32: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV | 156 |
| Tabelle 33: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT | 157 |
| Tabelle 34: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP | 159 |
| Tabelle 35: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA | 160 |
| Tabelle 36: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH | 161 |
| Tabelle 37: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NEO | 162 |
| Tabelle 38: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK..... | 163 |
| Tabelle 39: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP | 165 |
| Tabelle 40: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP (Zählleistungsbereiche) | 166 |
| Tabelle 41: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP | 168 |

| | |
|---|-----|
| Tabelle 42: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP (Zählleistungsbereiche)..... | 169 |
| Tabelle 43: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul DEK..... | 171 |
| Tabelle 44: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul PNEU | 172 |
| Tabelle 45: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2020..... | 176 |
| Tabelle 46: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2020..... | 179 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abbildung 1: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL | 17 |
| Abbildung 2: Fehldokumentationsraten der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Neonatologie (NEO) | 27 |
| Abbildung 3: Gewichteter Anteil der Unterdokumentationen der untersuchten Ereignisse der Krankenhausstandorte mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Neonatologie (NEO) | 28 |
| Abbildung 4: Fehldokumentationsraten der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2020 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4) | 103 |
| Abbildung 5: Fehldokumentationsraten der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2020 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 104 |
| Abbildung 6: Verteilung der datenliefernden Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2020..... | 106 |
| Abbildung 7: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2020..... | 107 |
| Abbildung 8: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2020 . | 108 |
| Abbildung 9: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2020..... | 109 |
| Abbildung 10: Verteilung der datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2020 | 143 |
| Abbildung 11: Verteilung der Krankenhäuser (IKNR) mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit zum EJ 2020 | 144 |
| Abbildung 12: Anteil der Krankenhäuser (IKNR) mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Krankenhäusern (IKNR) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit zum EJ 2020 | 147 |
| Abbildung 13: Anteil der Krankenhäuser (IKNR) mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Krankenhäuser (IKNR) mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit zum EJ 2020 | 148 |

Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Erläuterung |
|-----------|---|
| AK | Auffälligkeitskriterium |
| AK-ID | Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums |
| ASA | American Society of Anesthesiologists |
| DF | Datenfeld |
| EJ | Erfassungsjahr |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| ICD | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>) |
| LQS | Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung |
| MD | Medizinischer Dienst |
| MDS | Minimaldatensatz |
| OPS | Operationen- und Prozedurenschlüssel |
| QI | Qualitätsindikator |
| QS | Qualitätssicherung |
| QSKH-RL | Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| UA QS | Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses |
| IKNR | Institutionskennzeichnummer |
| DeQS-RL | Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung |

Kurzfassung

Hintergrund

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der im Jahr 2021 durchgeführten Datenvalidierung zum Erfassungsjahr (EJ) 2020 für die Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) der externen stationären Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) dargestellt. Das Datenvalidierungsverfahren bezieht sich dabei auf

1. den gezielten Datenabgleich im Auswertungsmodul *Neonatologie*,
2. das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich in den Auswertungsmodulen *Implantierbare Defibrillatoren (09/4 und 09/6)*
3. die Statistische Basisprüfung mit Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien der indirekten (landesbezogenen) QS-Verfahren.¹

Methodik

Die Statistische Basisprüfung erfolgt anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien zur „Plausibilität und Vollständigkeit“ sowie zur „Vollzähligkeit“ für alle QS-Verfahren, für die entsprechende Auffälligkeitskriterien definiert wurden. Bei Vorliegen rechnerischer Auffälligkeiten erfolgen ein Strukturierter Dialog mit den Standorten und eine anschließende Bewertung der Dokumentationen der QS-Daten. Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich erfolgte in ausgewählten QS-Verfahren oder Modulen und der gezielte Datenabgleich aufgrund des Überschreitens festgelegter Grenzwerte auf Basis der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens aus dem Vorjahr. In beiden Verfahren erfolgt für zufällig gezogene Fälle anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder mit Datenabgleich.

Ergebnisse

Gezielter Datenabgleich

Im Ergebnis der erneuten Überprüfung von zwei Standorten im Auswertungsmodul *Neonatologie* zeigten sich hohe Übereinstimmungsraten sowohl in Bezug auf jedes geprüfte Datenfeld als auch für den jeweiligen Standort insgesamt. Die Unterdokumentation relevanter Ereignisse, die der Grund für eine erneute Überprüfung waren, bestand an einem Standort in einem Einzelfall, weshalb auf die erneute Berechnung des Relevanzkriteriums insgesamt verzichtet wurde. Beide Krankenhausstandorte wiesen eine verbesserte (hohe) Dokumentationsqualität bei erneuter Überprüfung auf.

¹ Aufgrund der bereits in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführten direkten (bundesbezogenen) QS-Verfahren werden die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für diese Verfahren nicht in diesem Bericht dargestellt.

Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Im Ergebnis zeigten sich in beiden Auswertungsmodulen deutliche Fehldokumentationen in Bezug auf die geprüften Datenfelder (Einbezug aller Standorte und Fälle). Die Übereinstimmungs-raten zwischen den Angaben aus der Patientenakte und der QS-Dokumentation variierten bei einigen Datenfeldern stark. Die gewichtete bundesweite Übereinstimmungsrate lag im Auswertungsmodul *Implantation (09/4)* bei 86,84 % und im Auswertungsmodul *Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)* bei 92,22 %. Auch in Bezug auf die jeweilige Übereinstimmungsrate eines jeden Standortes lagen für diese z. T. deutliche Abweichungen vor. Von insgesamt 55 überprüften Standorten wiesen 23 Standorte Schwierigkeiten für eine korrekte Dokumentation der Datenfelder für die QS auf.

Statistische Basisprüfung

Im Erfassungsjahr 2020 wurden 49 verfahrensbezogene Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit geprüft und insgesamt 1.157 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. In 26,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise verschickt (n = 305), sodass nicht beurteilt werden kann, ob es sich hierbei um Dokumentationsfehler handelte. Von den 73,4 % angeforderten Stellungnahmen (n = 849) wurde in 61,4 % eine fehlerhafte Dokumentation (n = 521) festgestellt. Hinsichtlich der Vollzähligkeit wurden 50 verfahrensbezogene Auffälligkeitskriterien im Erfassungsjahr 2020 geprüft und insgesamt 366 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Der Anteil an versandten Hinweisen betrug 31,1 % (n = 114). Von den 65,8 % angeforderten Stellungnahmen (n = 241) bestätigten 72,6 % eine fehlerhafte Dokumentation (n = 175). Ein Vergleich mit den Vorjahren ist wegen einer Änderung der Ergebnisberechnung auf Institutionskennzeichenummer-(IKNR-)Ebene sowie aufgrund von fehlenden Ergebnissen eines Bundeslandes nicht möglich.

Fazit

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Datenvalidität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert und letztmalig gemäß § 9 QSKH-RL durchgeführt worden. Teile des Datenvalidierungsverfahrens wurden bereits in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt, wie die Statistische Basisprüfung. Dadurch erfolgt ein Monitoring zu Fehldokumentationen über alle QS-Verfahren und Standorte hinweg. Eine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität kann bei Vorliegen von Fehldokumentationen nur eingeschränkt möglich sein. Da die Dokumentationsqualität im Zweifel die Messung der Versorgungsqualität verzerrt, ist eine fehlerfreie Dokumentation von besonderer Wichtigkeit. Die Ergebnisse zeigen, dass im Hinblick auf die Maßnahmen und Bewertungen im Strukturierten Dialog Unterschiede sowohl zwischen den einzelnen QS-Verfahren als auch zwischen den Bundesländern zu erkennen sind. Anhand der Anzahl und Anteile an identifizierten Fehldokumentationen zeigt sich, dass weiterhin Potenziale zur Verbesserung der Dokumentationsqualität bestehen. Ebenfalls zeigt sich anhand der Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs, dass bei erneuter Überprüfung eine verbesserte Dokumentation an den jeweiligen Standorten vorliegt. In Bezug auf die Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich wird deutlich, wie wichtig eine regelmäßige Überprüfung jedes QS-Verfahrens anhand dieser Methodik scheint. Es zeigen sich deutliche Herausforderungen für eine fehlerfreie

Dokumentation der Auswertungsmodule 09/4 und 09/6, sowohl in Bezug auf einzelne Datenfelder als auch insgesamt für die jeweiligen Standorte über alle Fälle. Sowohl eine kritische Prüfung der für die QS zu übermittelnden Datenfelder als auch die Untersuchung der Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren scheinen geboten. Zusätzlich wird deutlich, dass die Krankenhausstandorte ggf. mehr Unterstützung/Hinweise in Bezug auf eine korrekte Dokumentation anspruchsvoller QS-Verfahren bedürfen, weshalb Qualitätsförderungsaspekte zukünftig nicht außer Acht gelassen werden sollten.

1 Einleitung

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Datenvalidität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert (vgl. § 9 QSKH-RL). Der vorliegende Bericht über die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² bezieht sich auf die QS-Daten des Erfassungsjahres 2020 (EJ 2020). Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich dazu fanden im Jahr 2021 statt.

Statistische Basisprüfung

In einer Statistischen Basisprüfung werden die QS-Daten auf „Plausibilität und Vollständigkeit“ sowie „Vollzähligkeit“ in allen Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) bzw. Auswertungsmodulen überprüft, in denen dazu Auffälligkeitskriterien (AKs) definiert sind. Es werden die Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten jedes AKs sowie die bestätigten Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität, im Längsschnitt über drei Jahre, ausgewertet. Dabei wird insbesondere betrachtet, welche Krankenhausstandorte wiederholt rechnerisch auffällig waren und/oder wiederholt Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog bestätigten.

Der Bericht zur Datenvalidierung enthält standardmäßig Hinweise auf Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten oder fehlerhafte Dokumentationen, die durch die Auffälligkeitskriterien aufgedeckt wurden. Diese werden für die indirekten (landesbezogenen) QS-Verfahren durch die auf Landesebene beauftragten Stellen an das IQTIG übermittelt.

Besonderheiten zu EJ 2020:

Der diesjährige Datenvalidierungsbericht zum EJ 2020 enthält aufgrund der bereits in die DeQS-RL überführten direkten (bundesbezogenen) QS-Verfahren keine Auswertungen der Auffälligkeitskriterien für diese Verfahren. Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens gem. DeQS-RL für die entsprechenden AKs der bundesbezogenen QS-Verfahren werden dieses Jahr erstmalig im Bundesqualitätsbericht veröffentlicht.

Zum Erfassungsjahr 2020 gibt es zusätzlich die Besonderheit, dass die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausschließlich auf IKNR-Ebene ausgewertet werden. Dies beinhaltet neben den Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation auch die Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz. Der Grund hierfür ist, dass die Sollstatistik für das Krankenhaus auf IKNR-Ebene und nicht auf Standortebene übermittelt wurde. Hintergrund der Umstellung war die unterschiedliche Standortzuordnung zwischen Sollstatistik und den QS-Auswertungen. Da bei den AKs zur Vollzähligkeit die Ist- und Soll-Zahlen in Beziehung gesetzt werden, mussten die Ist-Daten auf Standortebene aufaddiert werden. Ein Vergleich mit den Vorjahren ist aufgrund dieser Besonderheit nicht möglich, weshalb u. a. auch die wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern/QSKH-RL). In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/38/> (abgerufen am: 25.04.2022).

und die wiederholt im Strukturierten Dialog als fehlerhaft bewerteten AKs nicht berichtet werden. Ebenso fehlen Ergebnisse eines Bundeslandes zu allen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Daher werden die Ergebnisse nicht wie in den Vorjahren präsentiert.

Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich erfolgt für wenige ausgewählte QS-Verfahren anhand einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und zufällig ermittelten Fällen ein Datenabgleich zwischen den Angaben aus der QS-Dokumentation mit den Angaben in der Patientenakte. Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2021 zum EJ 2020 fand im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren (DEFI)* und für dieses in den Auswertungsmodulen *Implantation (09n4-DEFI-IMPL)* und *Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6-DEFI-REV)* statt. Ein direktes (bundesbezogenes) QS-Verfahren wurde für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum EJ 2020 nicht ausgewählt, da die jeweiligen QS-Verfahren zu diesem Erfassungsjahr bereits in die DeQS-RL überführt worden sind.

Gezielter Datenabgleich

Die Auslösung eines gezielten Datenabgleichs basiert auf den Ergebnissen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im Vorjahr. Grundlage für die Entscheidung, ob ein Krankenhausstandort erneut gezielt überprüft wird, ist die Überschreitung gewisser Grenzwerte unter Hinzuziehung eines statistischen Verfahrens, das Stichprobenunsicherheit berücksichtigt. Hierfür wird bei diesen Standorten eine neue Zufallsstichprobe von Fällen ermittelt, für die erneut ein Datenabgleich zwischen den Angaben aus der QS-Dokumentation mit den Angaben in der Patientenakte erfolgt.

Besonderheiten zu EJ 2020:

Mit Beschluss vom 27. März 2020 wurde das Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 und 3 QSKH-RL für das Erfassungsjahr 2019 ausgesetzt (G-BA 2020c). Daher erfolgte ein gezielter Datenabgleich auf Basis der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018) erst wieder im Jahr 2021 zum Erfassungsjahr 2020. Dieser erfolgte ausschließlich für im Stichprobenverfahren überprüfte indirekte QS-Verfahren, da die direkten (bundesbezogenen) QS-Verfahren bereits in die DeQS-RL überführt wurden. Der gezielte Datenabgleich im Jahr 2021 zum EJ 2020 wurde für das QS-Verfahren *Perinatalmedizin (QS PM)* im Auswertungsmodul *Neonatalogie (NEO)* an zwei zu prüfenden Standorten durchgeführt.

Für beide, sowohl das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich als auch den gezielten Datenabgleich, galt, dass die abzugleichenden Datenfelder mindestens alle Datenfelder beinhalteten, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren (QIs) des jeweiligen QS-Verfahrens bzw. Auswertungsmoduls eingehen (§ 9 Abs. 4 Satz 4 QSKH-RL). Für den gezielten Datenabgleich wurden somit diejenigen Datenfelder erneut überprüft, die auch bereits im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zu EJ 2018 überprüft wurden. Eine detaillierte Ergebnisdarstellung der Statistischen Basisprüfung gem. QSKH-RL sowie zum Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und gezieltem Datenabgleich findet sich in einem separaten Anhang zum vorliegenden Bericht. In diesem sind auch die Ergebnisse pro Bundesland dargestellt.

2 Methodik

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

Datenprüfung bei Datenerfassung und -annahme

Die Spezifikationen zur Datenerfassung und -übermittlung für die externe Qualitätssicherung beinhalten Prüfungen zur Vollständigkeit der Datensätze und zur Plausibilität der Daten. Die Erfassungssoftware muss entsprechend den Spezifikationsvorgaben so konfiguriert sein, dass fehlende Werte bei verpflichtend auszufüllenden Datenfeldern (Muss-Feld) bei der Dateneingabe vor Ort beim Leistungserbringer nicht akzeptiert werden. Ein Datensatz kann erst bei Vollständigkeit abgeschlossen und an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Außerdem beinhalten die Spezifikationen Plausibilitätsprüfungen zu nicht zulässigen Werteeingaben (datenfeldbezogen) und nicht plausiblen Kombinationen von Werten (datenfeldübergreifend). Bei der Datenannahme durch die zuständigen Datenannahmestellen wird geprüft, ob die Daten in der spezifizierten Form übermittelt wurden. Zudem werden auch an dieser Stelle Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen durchgeführt. Dabei finden sowohl „weiche“ als auch „harte“ Plausibilitätsregeln Anwendung. Bei der Verletzung einer weichen Plausibilitätsregel erscheint eine Warnung, der Datenfluss wird jedoch nicht gestoppt. Wird eine harte Plausibilitätsregel verletzt, wird der Datenfluss angehalten und eine Datenneulieferung bzw. -korrektur ist erforderlich.

Das im Folgenden beschriebene Datenvalidierungsverfahren findet im Rahmen der jährlichen Auswertung und damit zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt als die Datenprüfungen bei Datenerfassung und -annahme statt. Es prüft die Daten retrospektiv.

In Abbildung 1 ist die Methodik des Datenvalidierungsverfahrens gem. QSKH-RL dargestellt. Das Verfahren besteht aus drei Elementen. Die Statistische Basisprüfung erfolgt grundsätzlich bei allen QS-Verfahren und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich bei wenigen ausgewählten QS-Verfahren. Der gezielte Datenabgleich beinhaltet eine erneute Überprüfung im Folgejahr bei auffälligen Ergebnissen aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.

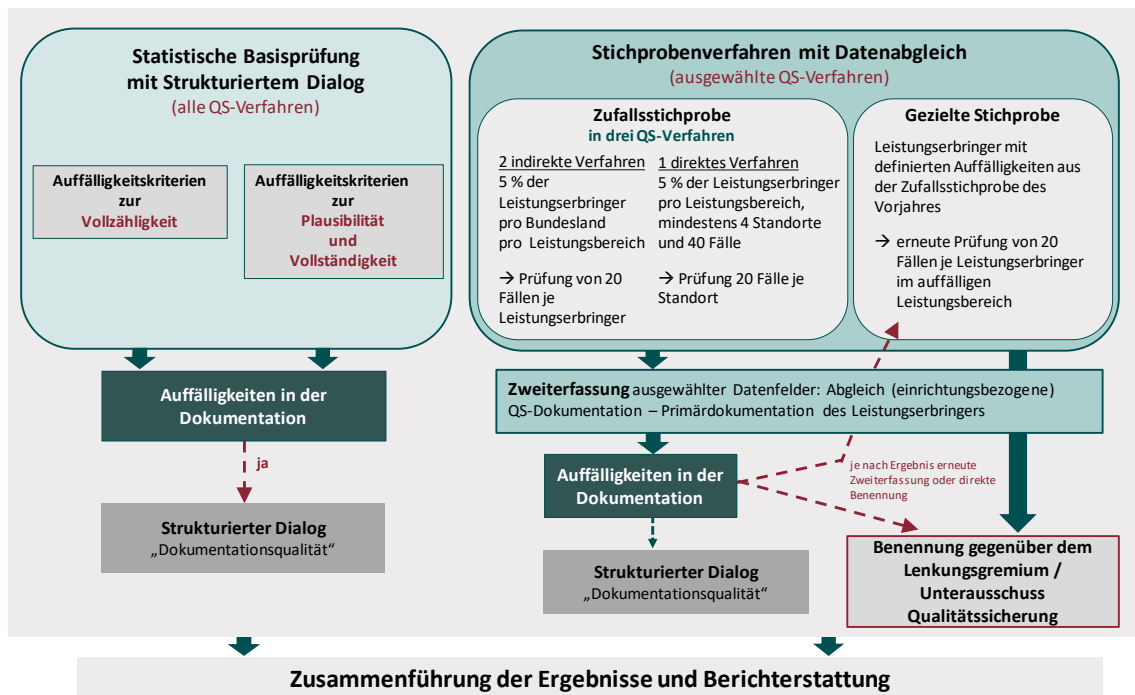


Abbildung 1: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturierem Dialog

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

Die Methodik des Strukturiered Dialogs ist ausführlich im „Bericht zum Strukturiered Dialog“ zum Erfassungsjahr 2020 (IQTIG 2022) beschrieben. Das Ziel der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiered Dialog ist die Identifikation und Bewertung von fehlerhaften, unvollständigen und unvollzähligen Dokumentationen in den QS-Daten. Dazu erfolgt eine statistische Analyse der angenommenen QS-Daten nach vorab festgelegten AKs, welche sich in AKs zur Vollzähligkeit und AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit unterteilen lassen. Bei der Neuentwicklung und Evaluation von AKs durch IQTIG werden externe Expertinnen und Experten beratend hinzugezogen (Projektgruppe Datenvalidierung).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Die AKs zur Vollzähligkeit werden seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen angewandt. Im Zuge dessen werden die Datensätze, die ein Leistungserbringer in einem QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul geliefert hat (Ist-Bestand), den Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand) gegenübergestellt. Auf Grundlage dieses Soll-Ist-Abgleichs werden pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul jeweils AKs zur Unterdokumentation, zur Überdokumentation und zu Minimaldatensätzen berechnet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in § 24 QSKH-RL Regelungen zum Umgang mit Unterdokumentationen festgelegt, die seit dem Erfassungsjahr 2018 für die Krankenhäuser unmittelbar verpflichtend sind (G-BA 2019). Demnach gilt eine Dokumentationsrate von 100 % für

dokumentationspflichtige Fälle. Bei Unterschreitung dieser drohen den Leistungserbringern Abschlüsse bei den Pflegesatzverhandlungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen. Bei Unterschreitung der 100 %-Dokumentationsrate sind die Krankenhäuser berechtigt, eine Begründung für die entstandene Unterdokumentation abzugeben und auf ein Unverschulden zu plädieren. Hierzu muss das Krankenhaus gegenüber der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) bei indirekten Verfahren bzw. dem IQTIG bei direkten Verfahren eine Begründung für sein Unverschulden abgeben. Dies musste für das Erfassungsjahr 2020 bis zum 31. Mai 2021 erfolgen. Die jeweilige LQS bzw. das IQTIG gibt dann eine Einschätzung hinsichtlich der vorgebrachten Gründe ab und teilt diese schriftlich innerhalb von sechs Wochen dem Krankenhaus zur Weiterleitung an die Vertragsparteien der örtlichen Pflegesatzverhandlungen mit (vgl. IQTIG 2021).

Aufgrund der 100%-Dokumentationspflicht gemäß § 24 QSKH-RL und damit erfolgenden Sanktionierungen durch einen Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz sind für die länderbezogenen QS-Verfahren (indirekte QS-Verfahren) die AKs zur Unterdokumentation mit einem Referenzbereich von $\geq 95\%$ seit dem EJ 2019 nicht erneut beschlossen worden. Eine Ausnahme sind die Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation nur in bestimmten Zählleistungsbereichen, wie z. B. bei *HEP* und *KEP*. Die Referenzbereiche für diese Unterdokumentations-AKs liegen bei $\geq 95,0\%$ (G-BA 2021). Die Referenzbereiche der AKs zur Unterdokumentation bei den bundesbezogenen Verfahren liegen weiterhin bei $\geq 100\%$. Zusätzlich zu den o. g. Sanktionen wurde entschieden, bei diesen QS-Verfahren ebenfalls einen Strukturierten Dialog zu führen. Zusätzlich gibt es in wenigen Verfahren die Prüfung der Unterdokumentation von Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Patientinnen und -Patienten) (*HEP*, *KEP*, *Herzschrittmacherversorgung* und *implantierbare Defibrillatoren (09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV, 09n4-DEFI-IMPL, 09n5-DEFI-AGGW, 09n6-DEFI-REV)*). Mit diesem Auffälligkeitskriterium wird begutachtet, ob alle Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten vollständig und plausibel sind.

Bei den Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation gilt ein Referenzbereich von $\leq 110\%$ pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul. Besonderheiten sind pro QS-Verfahren in den Rechenregeln festgehalten, wie z. B. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Zur Prüfung des Anteils der Minimaldatensätze (MDS) unter den zu dokumentierenden Fällen wird zusätzlich in allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen ein AK zum MDS eingesetzt; ausgenommen hiervon sind die transplantationsmedizinischen QS-Verfahren. Ein MDS kann im Ausnahmefall angelegt werden, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig ausgelöst wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.³ Minimaldatensätze können nicht zur Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden, da hier nur sehr wenige Angaben zu einem Fall dokumentiert werden.

³ Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2020/v01/2020_Anwendungsfaeelle_mds_V01.pdf

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Aks zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die Validierung einzelner Datenfelder der QS-Dokumentation. Bei der Plausibilitätsprüfung werden unplausible Werteverteilungen (datenfeldbezogen) und Wertekombinationen (datenfeldübergreifend) innerhalb der gelieferten Daten betrachtet. Der Aspekt der Vollständigkeit bezieht sich auf fehlende/unbekannte Angaben in einem einzelnen Datensatz (Behandlungsfall). Jedes Jahr wird ein Set neuer Aks zur Plausibilität entwickelt. Aks, die sich im Jahr ihrer Erstanwendung bewährt haben, kommen seit dem Erfassungsjahr 2010 im Rahmen der Statistischen Basisprüfung kontinuierlich auch in den Folgejahren zur Anwendung. Dadurch ist eine Analyse von rechnerischen Auffälligkeiten und bestätigten Fehldokumentationen im Längsschnitt über mehrere Jahre möglich.

2.1.2 Durchführung der Statistischen Basisprüfung

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

1. Einholen einer Stellungnahme vom jeweiligen Leistungserbringer, in der die Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt werden sollen (fehlerhafte/unvollzählige oder korrekte/vollzählige Dokumentation) und in der dieser darlegen soll, welche Optimierungsmaßnahmen ggf. eingeleitet wurden bzw. noch eingeleitet werden sollen (vgl. § 11 QSKH-RL). Als weiterführende Maßnahmen können auch Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen werden (vgl. § 12 QSKH-RL).
2. Versenden eines Hinweises an den Krankenhausstandort, um diesen auf die rechnerische Auffälligkeit aufmerksam zu machen, ohne eine Erläuterung anzufordern (vgl. § 11 QSKH-RL). In solchen Fällen ist dann keine Bewertung der Auffälligkeit mehr möglich, die rechnerisch auffällige Sachlage bleibt ungeklärt.
3. Keine Maßnahme: In begründeten Ausnahmefällen kann von einer Maßnahme abgesehen werden (§ 10 Abs. 2 Satz 4 QSKH-RL).
4. Sonstiges: Es wurden abweichende Maßnahmen eingeleitet, welche im Kommentar erläutert werden müssen.

In der Regel sollte bei einer rechnerischen Auffälligkeit in Bezug auf die Dokumentationsqualität eine schriftliche Stellungnahme von dem betreffenden Leistungserbringer angefordert werden. In dieser wird der Leistungserbringer darum gebeten, die Dokumentation der auffälligen Fälle zu überprüfen und das Ergebnis der Überprüfung der zuständigen Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung bzw. dem IQTIG schriftlich mitzuteilen. Zu diesem Zweck wird allen auffälligen Leistungserbringern – sofern möglich – eine Liste mit den auffälligen Fällen übermittelt, bei

denen eine fehlerhafte Dokumentation vermutet wird. Der Leistungserbringer hat für die entsprechenden Datenfelder (z. B. anhand der Angaben in der Patientenakte) die Korrektheit der Dokumentation selbst zu überprüfen und das Resultat zurückzumelden. Schließlich werden die Leistungserbringer im Rahmen des Anschreibens auch darum gebeten, bei Mängeln in der Dokumentation eigene Vorschläge zur Optimierung der Dokumentation zu machen bzw. die Maßnahmen zu benennen, die sie bereits eingeleitet haben. Das Antwortschreiben der Leistungserbringer wird den zuständigen Fachgruppen auf Bundes- oder Landesebene zur Diskussion und Bewertung vorgelegt. Wenn die Erläuterungen zu den rechnerischen Auffälligkeiten nach Meinung der Expertinnen und Experten nachvollziehbar und schlüssig sind, werden die Leistungserbringer darüber informiert und der Strukturierte Dialog ist abgeschlossen. Falls ein Antwortschreiben jedoch Fragen offenlässt bzw. weiterer Klärungsbedarf besteht, wird der jeweilige Leistungserbringer um eine Präzisierung gebeten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines persönlichen kollegialen Gesprächs mit der zuständigen Fachgruppe, einer Vereinbarung von konkreten Zielen oder einer Begehung der entsprechenden Einrichtung.

2.1.3 Bewertung der Datenvalidität bei den Auffälligkeitskriterien

Für die Berichterstattung über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung (über Aks) ist es erforderlich, dass die Antworten der Leistungserbringer von den LQS bzw. dem IQTIG bewertet werden. Die folgende Tabelle 1 beinhaltet die Bewertungskategorien, die im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern zu den Aks zur Anwendung kommen.

Tabelle 1: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität

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

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

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und gezielter Datenabgleich

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

Das Ziel des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich besteht darin, quantitative Aussagen bezüglich der Datenvalidität zu treffen. Das Verfahren soll die Dokumentationsqualität innerhalb eines QS-Verfahrens bzw. Auswertungsmoduls bewerten: einerseits in Bezug auf einzelne Leistungserbringer, andererseits in Bezug auf die gesamte Datenerhebung des QS-Verfahrens. Dazu werden verschiedene Datenfelder der QS-Dokumentation ausgewählt, für die anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung mit anschließendem Datenabgleich erfolgen soll. Dabei werden insbesondere Datenfelder geprüft, die für die Berechnung von Qualitätsindikatoren bzw. die Risikoadjustierung von Bedeutung sind oder bei denen sich im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren Dokumentationsprobleme gezeigt haben oder solche vermutet werden.

Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich findet jährlich in der Regel in drei ausgewählten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen statt (zwei indirekte und ein direktes). Bei deren Auswahl werden Kriterien herangezogen, die bspw. berücksichtigen, ob sich ein hoher Anteil an Dokumentationsproblemen bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres gezeigt hat, ob ein QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul noch nie umfassend validiert wurde oder ob ein Qualitätsindikator besonderen Handlungsbedarf aufweist. Stehen größere Umstrukturierungen in einem QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul an, so ist ein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich nicht vorgesehen. Bei der jährlichen Auswahl der QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sowie bei der Auswahl der zu prüfenden Datenfelder durch das IQTIG werden externe Expertinnen und Experten in einer Projektgruppe Datenvalidierung beratend hinzugezogen. Die Projektgruppe Datenvalidierung setzt sich aus Expertinnen und Experten aus dem Bereich Dokumentationsqualität der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern zusammen.

Für den Datenabgleich in den indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen werden zunächst pro Bundesland und pro Leistungsbereich jeweils 5 % der Krankenhausstandorte ausgewählt, die die zu überprüfenden medizinischen Leistungen erbringen und entsprechende Daten geliefert haben. Bei den direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen sind in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich bundesweit mindestens 5 % der datenliefernden Krankenhausstandorte einzuschließen. Bezogen auf die von allen Krankenhausstandorten in dem ausgewählten QS-Verfahren dokumentierten Fälle sind im direkten Verfahren mindestens 4 Standorte und mindestens 40 Fälle in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Anschließend werden sowohl bei den direkten als auch bei den indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen für jeden der zufällig ausgewählten Krankenhausstandorte bis zu 20 Behandlungsfälle ebenfalls über ein

automatisiertes Verfahren zufällig ausgewählt, bei denen anhand der Patientenakte die Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder mit Datenabgleich erfolgt.

Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich erfolgte 2021 zum Erfassungsjahr 2020 im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren (DEFI)* und für dieses in den Auswertungsmodulen *Implantation (09/4)* und *Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)*.

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

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

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

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

Um zu bestimmen, welche Krankenhausstandorte besonders häufige, erheblich häufige oder relevante Dokumentationsfehler aufweisen, wird nach definierten Regeln die Fehldokumentationsrate für die in der Zufallsstichprobe untersuchten Fälle ermittelt. Die Zufallsstichprobe beinhaltet unter Umständen nur einen kleinen Teil aller tatsächlich in dem jeweiligen Krankenhausstandort für das jeweilige QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul dokumentierten Fälle (max. 20 Fälle). Grundlage für die Entscheidung, ob ein Krankenhausstandort besonders oder erheblich häufige Dokumentationsfehler aufweist, ist ein statistisches Verfahren, das die Stichprobenunsicherheit berücksichtigt: Für Standorte mit insgesamt mehr als 20 Fällen im QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul muss aus der Fehldokumentationsrate in der Stichprobe mit genügend kleiner statistischer Unsicherheit geschlossen werden können, dass die Fehldokumentationsrate in allen dokumentierten Fällen größer als 10 % bzw. 15 % ist. Der Grenzwert für die Fehldokumentationsrate in der Stichprobe, ab dem besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler vorliegen, liegt daher ggf. über 10 % bzw. 15 % und hängt von der Gesamtzahl aller

dokumentierten Datenfelder ab. Somit ist die untere Grenze des in der statistischen Methodik verwendeten einseitigen 95%-Vertrauensintervalls von Bedeutung. Falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf. Die statistische Methodik ist im Weiterentwicklungsbericht zum gezielten Datenabgleich detailliert erläutert (vgl. IQTIG 2020b). Liegen erheblich häufige Dokumentationsfehler vor, erfolgt eine Entanonymisierung gegenüber dem Lenkungsgremium auf Landesebene bzw. dem Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (UA QS).

Für die Erfassung relevanter Dokumentationsfehler werden für die Verfahren im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich verfahrensspezifisch wesentliche Ereignisse ausgewählt, die Einfluss auf die Indikatorenergebnisse haben. Damit ist jedes Ereignis, das betrachtet wird, potenziell für ein Indikatorenergebnis relevant. Die verschiedenen Ereignisse werden anschließend gemeinsam betrachtet und umgekehrt proportional zu ihrer Häufigkeit im Gesamtdatensatz gewichtet. Zur Beurteilung, ob im betrachteten Erfassungsjahr bei einem Krankenhausstandort relevante Dokumentationsfehler vorliegen, wird je Krankenhausstandort der gewichtete Anteil an Unterdokumentationen in der QS-Dokumentation an allen für das Verfahren ausgewählten Ereignissen, die laut den Patientenakten in der untersuchten Stichprobe vorlagen, ermittelt. Da im Datenabgleich nur eine Stichprobe aller Fälle eines Standortes untersucht wird, wird ein Vertrauensintervall berechnet, um die statistische Stichprobenunsicherheit zu berücksichtigen. Falls die untere Grenze dieses Vertrauensintervalls über 10 % liegt, weist der betreffende Standort relevante Dokumentationsfehler auf. Die statistische Methodik ist im Weiterentwicklungsbericht zum gezielten Datenabgleich detailliert erläutert (vgl. IQTIG 2020b).

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

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

Der gezielte Datenabgleich erfolgte 2021 zum Erfassungsjahr 2020 im QS-Verfahren *Perinatalmedizin* zum Auswertungsmodul *Neonatologie (NEO)* an zwei Standorten.

2.2.3 Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich und des gezielten Datenabgleichs

Die Zweiterfassung wird in den Krankenhausstandorten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entweder der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (indirekte Verfahren) oder des IQTIG (direkte Verfahren) durchgeführt. Bei Krankenhausstandorten, bei denen keine direkte Einsicht in die Patientenakten zur Datenvalidierung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LQS bzw. des IQTIG möglich ist, muss der Medizinische Dienst (MD) 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 (Zweiterfassungstool).

Die Software ermöglicht, dass die Auswertung der Ergebnisse direkt im Anschluss an die Zweiterfassung erfolgt und gleich an die Krankenhäuser kommuniziert werden kann. Die Mitteilung der Ergebnisse geschieht i. d. R. noch vor Ort in Form eines ausführlichen Gesprächs, in dem die Ergebnisse und etwaige Probleme in der QS-Dokumentation mit dem Krankenhauspersonal besprochen werden.

Die Erkenntnisse aus diesen Gesprächen werden im Anschluss den Fachgruppen auf Bundes- und Landesebene vorgestellt und von diesen bewertet. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus dem Gespräch und der Bewertung durch die Fachgruppen auf Bundes- und Landesebene kann bei Krankenhäusern, bei denen starke und für die Berechnung der Qualitätsindikatoren relevante Abweichungen zwischen den Angaben aus der QS-Dokumentation und der Patientenakte bestehen, ebenfalls ein strukturierter Dialog zur Datenvalidität eingeleitet werden (vgl. § 9 Abs. 3 Satz 3 QSKH-RL).

Um quantitative Aussagen bezüglich der Datenvalidität eines QS-Verfahrens bzw. Auswertungsmoduls treffen zu können, werden die Daten aller Fälle, für die eine Zweiterfassung erfolgt ist, zusammengeführt und mit den entsprechenden Angaben der QS-Dokumentation des Bundesdatenpools verglichen und in diesem Bericht dargestellt. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der geprüften Datenfelder hinsichtlich Ausprägungen/Antwortkategorien und Einfluss auf die Qualitätsindikatoren erfolgt die Bewertung der Datenvalidität für jedes Datenfeld separat (vgl. Abschnitt 3.1.2, 4.1.2 und 4.2.2 sowie Anhang Abschnitt 1.1, 2.1 und 2.2). Fälle, bei denen die Angaben in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ waren, werden von der Bewertung der Dokumentationsqualität nicht mehr ausgeschlossen.

2.2.4 Bewertung der Datenvalidität

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

Für die Bewertung der Dokumentationsqualität, die unabhängig von der Anzahl an Antwortkategorien eines Datenfelds berechnet werden kann, ist die Übereinstimmungsrate zwischen den Angaben in der Patientenakte und den Angaben der QS-Dokumentation geeignet. Je höher die Übereinstimmungsrate, desto besser ist die Datenvalidität. Ein wesentlicher Nachteil der Übereinstimmungsrate für die Bewertung der Dokumentationsqualität 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).

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

Im aktuellen Bericht werden auf standortübergreifender Ebene die Fälle (Bundesergebnis) pro Datenfeld betrachtet. Hierfür wird je Datenfeld die Übereinstimmungsrate bezogen auf alle in den Fallstichproben untersuchten Fälle ausgegeben.

Ferner wird dargestellt, welche Angaben in der Patientenakte und welche für die QS-Dokumentation gemacht wurden (vgl. Anhang Abschnitt 1.1, 2.1 und 2.2). Bei binär kodierten Datenfeldern werden die Sensitivität und Spezifität hinzugezogen. Damit kann der Anteil an Unter- oder Überdokumentationen zu einem Datenfeld für die Einordnung der Ergebnisse herangezogen werden. Darüber hinaus sind die Sensitivität und die Spezifität im Ergebnisteil des Berichts, wenn nennenswert, angegeben. Sensitivität bezeichnet den Anteil der Fälle, bei denen sowohl in der QS-Dokumentation als auch in der Patientenakte eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler), an allen Fällen, bei denen in den Patientenakten diese Information dokumentiert wurde (Nenner). Die Sensitivität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde, gegeben, dass diese Information in der Patientenakte dokumentiert wurde. Durch die Berechnung der Sensitivität wird der Anteil an fälschlicherweise nicht für die Qualitätssicherung dokumentierten Ereignissen festgelegt; sie ist somit das Maß für die Unterdokumentation in der QS-Dokumentation. Spezifität bezeichnet den Anteil der Fälle, bei denen weder in der QS-Dokumentation noch in der Patientenakte eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler), an allen Fällen, bei denen in den Patientenakten diese Information nicht dokumentiert wurde (Nenner). Die Spezifität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) nicht für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde, gegeben, dass diese Information nicht in der Patientenakte dokumentiert wurde. Durch die Berechnung der Spezifität wird der Anteil der fälschlicherweise für die Qualitätssicherung dokumentierten Ereignisse festgelegt; sie ist somit das Maß für die Überdokumentation in der QS-Dokumentation.

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

Ebenfalls werden im aktuellen Bericht die statistischen Schätzungen der Ergebnisse der Krankenhausstandorte über alle betrachteten Datenfelder hinweg als Verteilung berichtet (vgl. Abschnitt 4.3). Dies geschieht ausschließlich für die Fehldokumentationsraten (Häufigkeitskriterium) und nicht wie in den Vorjahren zu Unterdokumentationen für das Indikatorenergebnis relevanter Ereignisse (Relevanzkriterium).

Für die Berechnung der Fehldokumentationsraten über alle Fälle eines Krankenhauses/eines QS-Verfahrens hinweg werden spezielle Regeln angewandt, die die Abhängigkeiten der Felder in der Spezifikation berücksichtigen (vgl. IQTIG 2020b: Kapitel 2). Hierbei werden Filterfelder nur als Filterfelder im Sinne dieses Berichts aufgefasst, wenn sie Oberbedingungen für eine größere Anzahl von Auswahlmöglichkeiten sind (z. B. Komplikationen).

Zusätzlich wird eine statistische Schätzung der Gesamtübereinstimmungsrate, bezogen auf alle für die Auswertung genutzten Fälle im jeweiligen Auswertungsmodul, vorgenommen. Bei der Berechnung der gewichteten bundesweiten Übereinstimmungsrate (bezogen auf das gesamte QS-Verfahren) werden die unterschiedlichen Gesamtfallzahlen der untersuchten Krankenhausstandorte berücksichtigt: Wenn bspw. für einen Standort mit 500 Fällen bei der Überprüfung von 20 Fällen eine niedrige Übereinstimmungsrate beobachtet wird, so ist anzunehmen, dass auch die übrigen 480 Fälle eine entsprechend niedrige Dokumentationsqualität aufweisen. Sein Ergebnis wird dementsprechend höher gewichtet als das eines Standortes mit einer geringeren Gesamtfallzahl. Damit erlaubt die bundesweite Übereinstimmungsrate eine Einschätzung der Dokumentationsqualität bei allen Fällen im Auswertungsmodul insgesamt (vgl. Abschnitte 4.1.2 und 4.2.2).

3 Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs

Für das Erfassungsjahr 2020 wurde das QS-Verfahren *Perinatalmedizin (QS PM)* im Auswertungsmodul *Neonatologie (NEO)*, das zum EJ 2018 im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich war, auf Grundlage des Relevanzkriteriums erneut überprüft. Die Überprüfung bezog sich auf Standorte, die in festgelegten Kriterien relevant unterdokumentiert hatten. Hierfür wurde bei diesen Standorten eine neue Zufallsstichprobe von Fällen ermittelt.

3.1 Neonatologie (NEO)

3.1.1 Umfang des gezielten Datenabgleichs

In Abbildung 2 sind die Fehldokumentationsraten des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum EJ 2018 im Auswertungsmodul *Neonatologie (NEO)* abgebildet. Insgesamt wurden 27 Standorte zweiterfasst. Detaillierte Ergebnisse des Häufigkeitskriteriums basierend auf dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sind im Datenvalidierungsbericht 2019 veröffentlicht (IQTIG 2020a).

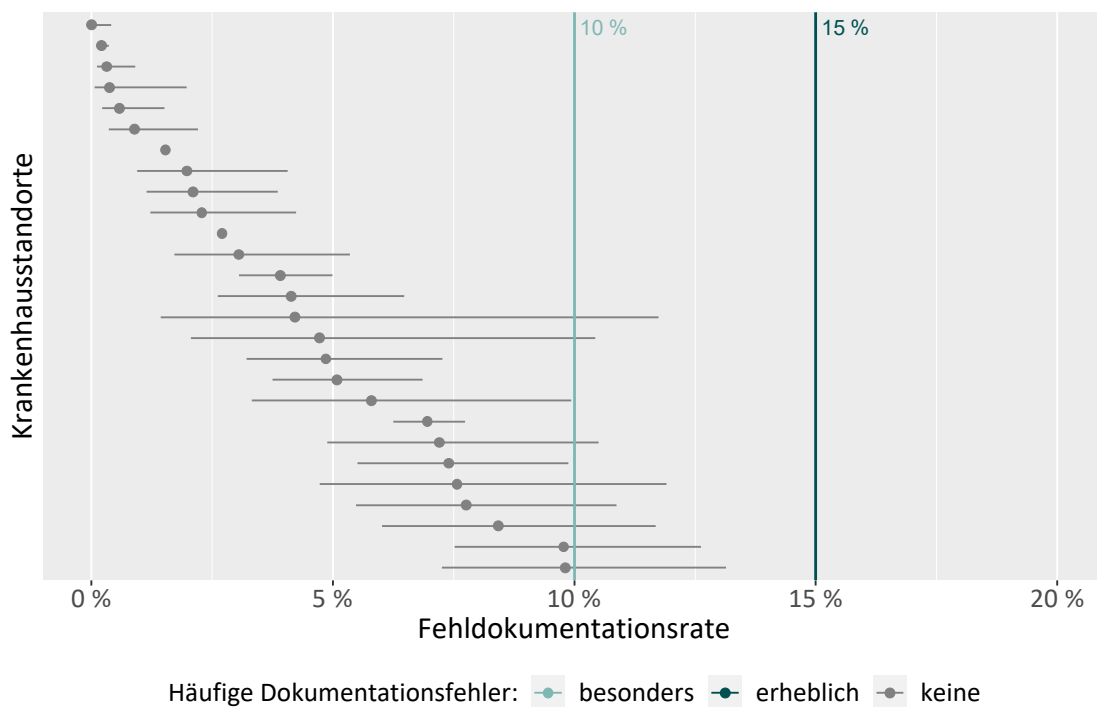


Abbildung 2: Fehldokumentationsraten der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2018 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Neonatologie (NEO)

Es ist zu erkennen, dass kein Standort Fehldokumentationen von besonderer oder erheblicher Häufigkeit aufgewiesen hat. Dies bedeutet, dass in Bezug auf das Häufigkeitskriterium kein Standort im gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 erneut überprüft werden musste. Ebenso musste kein Standort aufgrund des Häufigkeitskriteriums dem Lenkungsgremium auf Landes- oder Bundesebene benannt werden.

In Bezug auf das Relevanzkriterium ergaben die Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum EJ 2018, dass von den 27 überprüften Standorten 3 Standorte aufgrund der Unterdokumentation relevanter Ereignisse erneut im Folgejahr überprüft werden mussten (vgl. Abbildung 3).

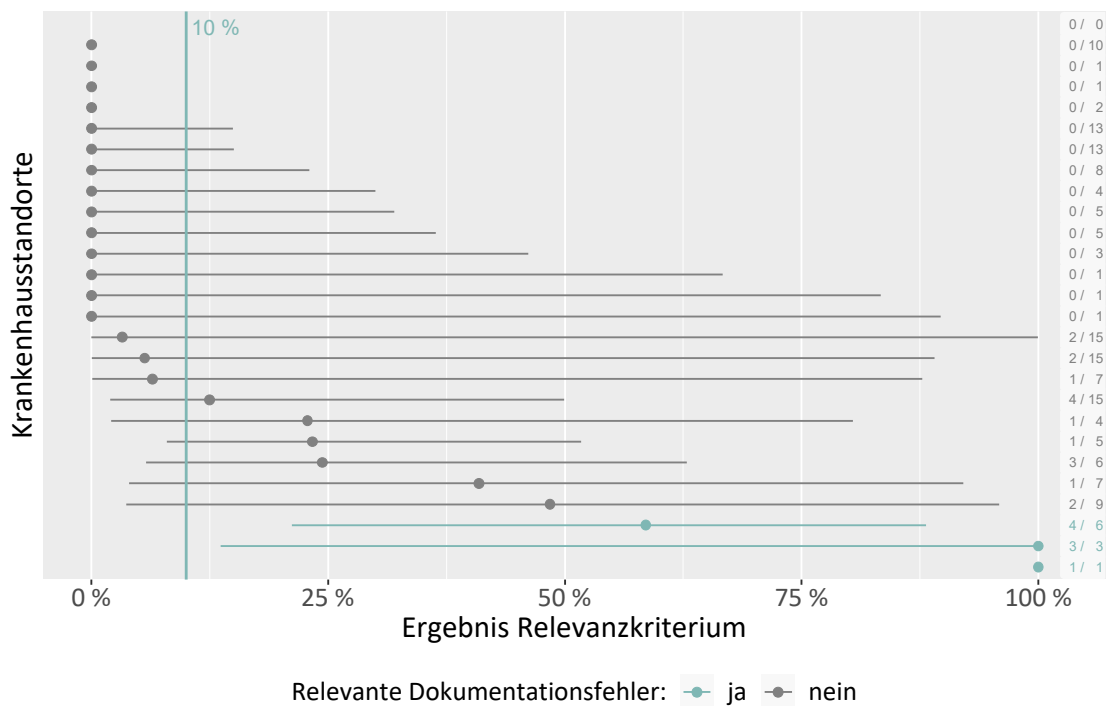


Abbildung 3: Gewichteter Anteil der Unterdokumentationen der untersuchten Ereignisse der Krankenhausstandorte mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Neonatologie (NEO). Relevante Dokumentationsfehler liegen vor, falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % liegt. Die Zahlen rechts geben die Anzahl der unterdokumentierten Ereignisse an allen in der Stichprobe laut Patientenakten eingetretenen Ereignissen an.

Detaillierte Ergebnisse des Relevanzkriteriums basierend auf dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sind im Datenvalidierungsbericht 2019 veröffentlicht (IQTIG 2020a).

Im Jahr 2021 hätten somit insgesamt drei Standorte erneut im gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 überprüft werden müssen. Aufgrund dessen, dass ein Standort im EJ 2020 keine Fälle hatte, mussten lediglich zwei Standorte erneut gezielt überprüft werden. Die zwei Standorte verteilen sich auf zwei Bundesländer. Es wurden insgesamt 40 Fälle zufällig gezogen (vgl. Tabelle 2). Die Zufallsziehung erfolgte wie bereits zu EJ 2018 als geschichtete Zufallsstichprobe mit 10 Fällen < 1.500 g und 10 Fällen ≥ 1.500 g für jeden der beiden Standorte (sofern möglich).

Tabelle 2: Neonatologie (NEO): Umfang gezielter Datenabgleich

| Bundesland | | ursprünglich zu prüfender Standort | ursprünglich zu prüfende Fälle (Anzahl) | geprüfte Standorte | geprüfte Fälle (Reserve- fälle) |
|------------------------------|--------------------------|--|--|-----------------------|--|
| Bremen (HB) | | 1 | 20 | 1 | 20 (10) |
| Nordrhein- Westfalen (NW) | Westfalen- Lippe (WE) | 1 | 20 | 1 | 20 (10) |
| Gesamt | | 2 | 40 | 2 | 40 |

3.1.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern

Es zeigte sich bei keinem der beiden geprüften Standorte eine komplett fehlerfreie Dokumentation aller Fälle. Beide Standorte hatten jedoch eine sehr hohe Übereinstimmungsrate mit 98,56 % und 94,96 %. Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern über beide Standorte. Die Kreuztabellen mit Detailangaben zu den Ergebnissen der Zweiterfassung für jedes Datenfeld sind dem Anhang Abschnitt 1.1 zu entnehmen.

Im Folgenden werden alle Datenfelder mit Dokumentationsfehlern hinsichtlich des Ausmaßes der Abweichungen sowie deren Einfluss auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Risikoadjustierung beschrieben. Datenfelder mit einer 100%igen Übereinstimmung werden nicht gesondert beschrieben, sondern können der Tabelle 3 entnommen werden. Gegebenenfalls wird, anders als in der Tabelle dargestellt, bei der Beschreibung der Datenfelder von der Reihenfolge des Dokumentationsbogens aufgrund inhaltlicher Zusammenhänge abgewichen.

An einem Krankenhausstandort waren von den 20 zu prüfenden Kindern 2 verstorben. Zu beiden Fällen erfolgte die korrekte Dokumentation zum Entlassungsgrund seitens des Krankenhausstandortes. Aufgrund dessen, dass für diese beiden Fälle nur ein verkürzter QS-Dokumentationsbogen seit dem EJ 2020 angelegt werden muss, mussten nicht alle unten aufgeführten Datenfelder für die QS in diesen Fällen angegeben werden. Daher mussten diese Datenfelder (gekennzeichnet mit #) in den beiden Fällen auch nicht abgeglichen werden.

Tabelle 3: Neonatologie (NEO): Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs 2021 (EJ 2020) und Ergebnisse aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018)

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Gezielter Datenabgleich 2021 (EJ 2020) | | Stichprobenverfahren 2019 (EJ 2018) | |
|--|---|------------------------------|---|------------------------------|
| | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
| (DF 18) endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)* | 100,00 % | 40/40 | 98,64 % | 507/514 |
| (DF 19) endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage) | 100,00 % | 40/40 | 94,36 % | 485/514 |
| (DF 21) Uhrzeit der Geburt | 100,00 % | 40/40 | 95,33 % | 490/514 |
| (DF 22) Gewicht des Kindes bei Geburt* | 95,00 % | 38/40 | 96,89 % | 498/514 |
| ➤ (DF 25) primär palliative Therapie (ab Geburt) | 100,00 % | 2/2 | 93,33 % | 14/15 |
| ➤ (DF 26) Kind im Kreißsaal verstorben | <i>keine Übermittlung aufgrund eines technischen Fehlers</i> | | <i>im Vorjahr nicht gemessen</i> | |
| (DF 28) Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus) | 100,00 % | 40/40 | 97,86 % | 503/514 |
| (DF 31) Aufnahme ins Krankenhaus von | 57,14 % | 4/7 | 83,13 % | 69/83 |
| (DF 35) Gewicht bei Aufnahme | 92,50 % | 37/40 | 94,75 % | 487/514 |
| ○ (DF 36.1)# Kopfumfang bei Aufnahme | 100 % | 38/38 | 95,65 % | 484/506 |
| ○ (DF 36.2)# Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt | – | <i>trifft nicht zu</i> | 37,50 % | 3/8 |

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Gezielter Datenabgleich 2021 (EJ 2020) | | Stichprobenverfahren 2019 (EJ 2018) | |
|---|---|------------------------------|---|------------------------------|
| | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
| ○ (DF 37.1)# Körpertemperatur bei Aufnahme* | 89,47 % | 34/38 | 88,91 % | 441/496 |
| ○ (DF 37.2)# Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt | – | <i>trifft nicht zu</i> | 72,22 % | 13/18 |
| (DF 38) Fehlbildungen | 90,00 % | 36/40 | 98,05 % | 504/514 |
| (DF 40)# Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden* | 97,37 % | 37/38 | 98,25 % | 505/514 |
| ➔ (DF 41) Intraventrikuläre (IVH) oder periventriculäre (PVH) Hämorrhagie | 95,83 % | 23/24 | 95,82 % | 413/431 |
| ➤ (DF 42) Status bei Aufnahme | 100,00 % | 2/2 | 87,88 % | 29/33 |
| ➔ (DF 43) Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) | 95,83 % | 23/24 | 97,45 % | 420/431 |
| ➤ (DF 44) Status bei Aufnahme | 100,00 % | 1/1 | 80,00 % | 4/5 |
| (DF 45)# ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden* | 100,00 % | 38/38 | 96,50 % | 496/514 |
| ➤ (DF 47) Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) | 100,00 % | 7/7 | 81,94 % | 118/144 |

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Gezielter Datenabgleich 2021 (EJ 2020) | | Stichprobenverfahren 2019 (EJ 2018) | |
|--|---|------------------------------|---|------------------------------|
| | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
| (DF 49)# Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)* | 94,74 % | 36/38 | 96,89 % | 498/514 |
| ➤ (DF 50) Beginn | 75,00 % | 6/8 | 87,04 % | 141/162 |
| ➤ (DF 51) endgültige Beendigung | 75,00 % | 6/8 | 74,69 % | 121/162 |
| (DF 52)# Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt* | 97,37 % | 37/38 | 96,69 % | 497/514 |
| (DF 56)# Pneumothorax* | 100,00 % | 38/38 | 99,42 % | 511/514 |
| ➤ Status bei Aufnahme | <i>keine Prüfung, da Datenfeld gestrichen</i> | | 84,62 % | 11/13 |
| ➤ (DF 57) Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax | – | <i>trifft nicht zu</i> | <i>im Vorjahr nicht gemessen</i> | |
| (DF 59)# Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)* | 100,00 % | 38/38 | 99,03 % | 509/514 |
| (DF 60)# perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)* | 100,00 % | 38/38 | 97,67 % | 502/514 |
| (DF 62)# Sepsis/SIRS* | 100,00 % | 38/38 | 97,86 % | 503/514 |
| ➤ (DF 63) Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns | – | <i>trifft nicht zu</i> | 61,54 % | 24/39 |

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Gezielter Datenabgleich 2021 (EJ 2020) | | Stichprobenverfahren 2019 (EJ 2018) | |
|--|---|------------------------------|---|------------------------------|
| | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
| (DF 64)# Pneumonie* | 100,00 % | 38/38 | 99,42 % | 511/514 |
| ➤ Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt | <i>keine Prüfung, da Datenfeld gestrichen</i> | | 72,73 % | 8/11 |
| ➤ (DF 65) Datum des Pneumonie-Beginns | – | <i>trifft nicht zu</i> | <i>im Vorjahr nicht gemessen</i> | |
| ➤ (DF EF) Abstand zwischen Aufnahmedatum und Pneumonie-Beginn | – | <i>trifft nicht zu</i> | <i>im Vorjahr nicht gemessen</i> | |
| (DF 66)# nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)* | 100,00 % | 38/38 | 99,42 % | 511/514 |
| ➤ (DF 67) Status bei Aufnahme | – | <i>trifft nicht zu</i> | 75,00 % | 3/4 |
| (DF 68)# Neugeborenen-Hörscreening* | 97,37 % | 37/38 | 96,30 % | 495/514 |
| ○ (DF 74.1)# Kopfumfang bei Entlassung | 97,22 % | 35/36 | 91,75 % | 434/473 |
| ○ (DF 74.2)# Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt | 50,00 % | 1/2 | 12,20 % | 5/41 |
| (DF 76) Entlassungsgrund** | 100,00 % | 40/40 | 98,44 % | 506/514 |
| ➤ (DF 80) Todesursache ¹ | 100,00 % | 2/2 | 100,00 % | 15/15 |
| (DF 81) weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) ¹ | 100,00 % | 40/40 | 99,81 % | 513/514 |

- ➔ Sowohl Filterfeld als auch abhängiges Feld
- Abhängige Kann-Felder. Diese Datenfelder müssen nur unter Erfüllung bestimmter Bedingungen ausgefüllt werden. Dementsprechend kann die Grundgesamtheit der Fälle geringer ausfallen als bei den anderen Datenfeldern.
- Plausibilisierte Datenfelder, es kann jeweils nur eins der beiden (oder mehreren) zusammenhängenden Datenfelder angegeben werden, weshalb sich die Grundgesamtheit der beiden Datenfelder unterscheidet.

Die Plausibilitätsregel zur Dokumentation des Datenfelds hat sich von EJ 2018 auf EJ 2020 geändert.

* Diese Felder wurden von EJ 2018 auf EJ 2020 modifiziert.

** Die Entlassungsgründe wurden in die Kategorien „lebend entlassen“, „verstorben“, „Behandlung regulär beendet“ und „Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen“ kategorisiert.

¹ Es wurden nur QI-relevante ICD erfasst und daher nur auf die P 95 abgeglichen. Die Übereinstimmungsrate von 100 % ergibt sich aus der korrekterweise nicht dokumentierten P 95.

(DF 22) Gewicht des Kindes bei Geburt [Übereinstimmungsrate: 95,00 % (38/40)]

An einem der beiden geprüften Standorte (50,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 2 von 40 Fällen (5,0 %). Die Abweichungen betrug einmal 1.330 g zu wenig und einmal 250 g zu viel Gewicht, das für die QS-Dokumentation angegeben wurde. Dieses Datenfeld geht in mehrere Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ein, bei denen das Geburtsgewicht von entweder „< 1.500 g“ oder „≥ 1.500 g“ relevant ist. In einem Fall wurde das Gewicht mit 570 g für die QS dokumentiert, obwohl in der Patientenakte ein Gewicht von 1.900 g vermerkt war. Hierdurch wird der Fall ggf. nicht in die relevanten Qualitätsindikatoren/Kennzahlen einbezogen und kann somit ggf. zugunsten des Standortes dokumentiert worden sein oder entsprechend zuungunsten bei Einbezug in Indikatoren/Kennzahlen mit Einschluss von < 1.500 g.

(DF 31) Aufnahme ins Krankenhaus von [Übereinstimmungsrate: 57,14 % (4/7)]

Dieses Datenfeld muss nur dokumentiert werden, wenn *Aufnahmedatum und -uhrzeit* nicht *Geburtsdatum und -uhrzeit* sind. Aufgrund dessen, dass das *Aufnahmedatum* und das *Geburtsdatum* nicht mittels Zweiterfassung an das IQTIG exportiert werden, kann eine Prüfung der Bedingung, inwiefern das Datenfeld hätte ausgefüllt werden müssen, nicht erfolgen. Die Datenfelder *Aufnahmeuhrzeit* und *Geburtsuhrzeit* wurden zu 100 % korrekt dokumentiert. Ein Unterschied zwischen *Aufnahmeuhrzeit* und *Geburtsuhrzeit* erfolgte in 7 von 40 Fällen, für die folgerichtig das DF 32 *Aufnahme ins Krankenhaus von* angegeben werden musste.

An einem der beiden Standorte erfolgten Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf drei von sieben Fällen (42,86 %). Die Angaben = 2 „externer Kinderklinik“ und = 3 „externer Klinik als Rückverlegung“ sind für den Ausschluss in mehreren Qualitätsindikatoren und Kennzahlen relevant. Für den Qualitätsindikator 50060 ist ebenfalls die Angabe = 5 „von zu Hause“ für den Ausschluss relevant. Aufgrund der vielfältigen Berücksichtigung in den Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ist eine korrekte Angabe von Bedeutung. Zwei Fälle wurden für die QS mit „externer Geburtsklinik (= 1)“ dokumentiert, für die aus der Patientenakte allerdings hervorging, dass es sich in einem Fall um eine „externe Kinderklinik als Rückverlegung (= 3)“ handelte und in dem anderen Fall um die „eigene Geburtsklinik (= 6)“. Dementsprechend wurde im ersten Fall das Kind nicht aus den Indikatoren- und Kennzahlberechnungen ausgeschlossen und ggf. zugunsten oder auch zuungunsten des Standortes dokumentiert; im zweiten Fall hatte die Fehldokumentation keine Auswirkungen. Im dritten fehldokumentierten Fall wurde „zu Hause (= 5)“ für die QS dokumentiert, obwohl es sich ebenfalls um die „eigene Geburtsklinik“ handelte. Dieser Fall wurde daher ggf. aus der Indikatorenberechnung fehlerhaft ausgeschlossen.

(DF 35) Gewicht bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 92,50 % (37/40)]

An beiden Krankenhausstandorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 3 von 40 Fällen (7,5 %).

Die Abweichungen schwankten zwischen -250 g und $+25$ g. Dieses Datenfeld geht in die Risiko-adjustierung der QIs 50069 „Aufnahmetemperatur unter $36,0$ °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ und 50074 „Aufnahmetemperatur unter $36,0$ °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ ein. Je höher das Gewicht, desto weniger Einfluss hat das Datenfeld auf das E (expected) des Indikators. In zwei der drei fehldokumentierten Fälle wurde das Gewicht leichter für die QS angegeben, als in der Akte dokumentiert und damit ggf. eher zugunsten der Standorte.

Wenn Feld 18 \geq 22 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)) und wenn Feld 26 IN (0; LEER) (Kind im Kreißaal verstorben), dann muss für die Angabe der Körpertemperatur entweder DF 37.1 oder DF 37.2 ausgefüllt werden.

Die Grundgesamtheit der Fälle bei zusammenhängenden Datenfeldern (es darf nur eins angegeben werden), weicht jeweils um die Fälle ab, für die bei der Datenvalidierung eine Angabe in dem ein oder anderen Feld in der Akte vorlag, da nicht beide zusammengehörenden Felder gleichzeitig ausgefüllt werden können (also ein Wert für die Körpertemperatur und eine Eintragung als „nicht bekannt“ ist ausgeschlossen).

Die Datenfelder zur Körpertemperatur gehen mit der Angabe $< 36,0$ °C in den Zähler des O (observed) der beiden QIs 50069 „Aufnahmetemperatur unter $36,0$ °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ und 50074 „Aufnahmetemperatur unter $36,0$ °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ ein. Die Fälle, bei denen die Körpertemperatur nicht bekannt ist, werden aus den Indikatoren ausgeschlossen. Bei den zwei überprüften Standorten wurde in allen Fällen, für die eine Körpertemperatur angegeben werden musste, auch eine Angabe getätigt, sodass es keinen Fall mit „nicht bekannt“ gab.

(DF 37.1) Körpertemperatur bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 89,47 % (34/38)]

An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. In 4 von 38 Fällen (10,53 %) lag eine Differenz zwischen der Angabe für die QS-Dokumentation und der Patientenakte vor. Die Abweichungen schwankten zwischen $-1,3$ °C (Wert in der Akte niedriger als in der QS-Dokumentation) und $+1,0$ °C (Wert in der Akte größer als in der QS-Dokumentation). In keinem Fall lagen die tatsächlichen oder für die QS dokumentierten Werte bei $< 36,0$ °C. Damit wurden alle vier Fälle im Indikator berücksichtigt und damit nicht zugunsten der Standorte dokumentiert.

(DF 38) Fehlbildungen [Übereinstimmungsrate: 90,00 % (36/40)]

An einem der beiden geprüften Standorte gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 4 von 40 Fällen (10,00 %). Dieses Datenfeld ist für 8 Qualitätsindikatoren und 15 Kennzahlen und damit für alle bestehenden Rechenregeln im Bereich Neonatologie relevant. So werden nur Kinder mit „keiner“, „leichter“ und „schwerer“ Fehlbildung in die Grundgesamtheit der Indikatoren einbezogen. „Schwere“ Fehlbildungen werden zusätzlich für die Risikoadjustierung herangezogen. Bei den vier fehldokumentierten Fällen wurde fälschlicherweise für die QS eine „leichte“ Fehlbildung dokumentiert, die gemäß Patientenakte „keine“ war. Die Überdokumentation der „leichten“ Fehlbildung hatte keinen Einfluss auf die Berechnungen.

Wenn Feld 18 \geq 22 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)) und wenn Feld 26 IN (0; LEER) (Kind im Kreißsaal verstorben), dann muss eine Angabe zu DF 40 gemacht werden.

(DF 40) Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden [Übereinstimmungsrate: 97,37 % (37/38)]

An einem der beiden geprüften Standorte gab es eine Abweichung in einem Fall zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dieses Datenfeld geht bei der Angabe = ja (Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden) in die Kennzahlen 51076, 50050, 51077, 50051 und den Indikator 51901 ein. In dem einen Fall wurde fälschlicherweise keine Durchführung des Sonogramms für die QS dokumentiert, obgleich diese in der Patientenakte vermerkt war. Dadurch wurde dieser Fall nicht in die Indikatoren- und Kennzahlberechnung einbezogen und ggf. zugunsten des Standortes dokumentiert. Die Unterdokumentation an allen Fällen, für die ein Schädelsonogramm gemäß Patientenakte vorlag, liegt bei 4,17 % (1/24).

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

Wenn ein Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden ist (DF 40), dann genaue Befundung in DF 41:

→ (DF 41) Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie [Übereinstimmungsrate: 95,83 % (23/24)]

Dieses Datenfeld ist mit der Kategorie „Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH“ für den Zähler der Transparenzkennzahl 51076 „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)“ und der Transparenzkennzahl 50050 „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)“ sowie den Zähler der Ebene 3 „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)“ des QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ relevant.

Da es bereits eine Fehldokumentation im Filterfeld gab, erfolgt für diesen Fall automatisch ein Folgefehler in diesem Datenfeld. Für diesen Fall lag allerdings keine IVH/PHV in der Patientenakte vor.

Dieses Datenfeld ist bei einer vorliegenden IVH/PVH ein Filterfeld für ein weiteres abhängiges Datenfeld, nämlich den Status bei Aufnahme (DF 42), der in zwei Fällen, in denen dieser angegeben werden musste, korrekt dokumentiert wurde.

Wenn ein Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden ist (DF 40), dann genaue Befundung in DF 43:

→ (DF 43) Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) [Übereinstimmungsrate: 95,83 % (23/24)]

Dieses Datenfeld ist für die Kennzahlen 51077 „Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)“ und 50051 „Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL)“ relevant. Nicht nur das Vorliegen einer PVL ist für die Rechenregel wichtig, sondern insbesondere der Status bei Aufnahme (DF 44). Da es bereits eine Fehldokumentation im Filterfeld gab, erfolgt für diesen Fall automatisch ein Folgefehler in diesem Datenfeld. Für den unterdokumentierten Fall wurde in der Patientenakte festgestellt, dass PVL = nein hätte dokumentiert werden müssen.

Dieses Datenfeld ist bei einer vorliegenden PVL ein Filterfeld für ein weiteres abhängiges Datenfeld, nämlich den Status bei Aufnahme (DF 44). Dieser wurde für denjenigen Fall, bei dem eine PVL vorlag, korrekt dokumentiert.

Wenn Feld 18 \geq 22 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)) und wenn Feld 26 IN (0; LEER) (Kind im Kreißsaal verstorben), dann muss eine Angabe zu DF 49 gemacht werden.

(DF 49) Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten) [Übereinstimmungsrate: 94,74 % (36/38)]

Dieses Datenfeld ist ein Filterfeld für DF 50 und DF 51 und nur indirekt AK-relevant. Das DF 50 ist für die Berechnung der „Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen)“ relevant, das DF 51 ist für die Berechnung der „Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen)“ relevant. Beide berechneten Felder werden benötigt, um die „Beatmungsdauer in Tagen“ zu ermitteln. Diese gehen in den Nenner des AK 851902 „Häufig fehlende Angabe der BPD“ ein.

An beiden geprüften Standorten gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in je einem Fall. Für beide Fälle wurde fälschlicherweise für die QS dokumentiert, dass eine Sauerstoffzufuhr stattgefunden hätte, obgleich dieses nicht aus der Patientenakte hervorging. Da es sich um ein Filterfeld für die genaue Angabe des Beginns und der Beendigung der Sauerstoffzufuhr handelt, zu dem eine Angabe nur bei korrekter Angabe im Filterfeld vorgenommen werden kann, ist eine richtige Dokumentation in diesem Feld von Bedeutung.

- (DF 50) Beginn [Übereinstimmungsrate: 75,0 % (6/8)]
- (DF 51) endgültige Beendigung [Übereinstimmungsrate: 75,0 % (6/8)]

Da es bereits zwei Fehldokumentationen im Filterfeld gab, erfolgt für diese Fälle automatisch ein Folgefehler in diesem Datenfeld. Für diese Fälle wurde fälschlicherweise im Filterfeld die Angabe = ja für die QS dokumentiert, obgleich in der Patientenakte keine Sauerstoffzufuhr vermerkt war. Somit lag folgerichtig auch keine Angabe zu „Beginn“ und

„endgültige Beendigung“ in der Patientenakte vor (obgleich ein Datum in der QS-Dokumentation angegeben wurde).

Wenn Feld 18 \geq 22 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)) und wenn Feld 26 IN (0; LEER) (Kind im Kreißaal verstorben), dann muss eine Angabe zu DF 52 gemacht werden.

(DF 52) Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt [Übereinstimmungsrate: 97,37 % (37/38)]

An einem Standort gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in einem Fall. Dieses Datenfeld geht bei lebendgeborenen Kindern mit nasaler/pharyngealer und/oder intratrachealer Beatmung in den Nenner des QI 50062 „Pneumothorax unter oder nach Beatmung“ ein. In dem fehdokumentierten Fall wurde für die QS „keine Atemhilfe“ dokumentiert, obgleich in der Patientenakte eine „nasale/pharyngeale“ Beatmung vermerkt war. Dieser Fall ist – abhängig von den Ausprägungen der restlichen für den Indikator relevanten Datenfelder – fälschlicherweise nicht in die Grundgesamtheit des Indikators einbezogen worden und damit möglicherweise zugunsten des Standortes dokumentiert worden.

Wenn Feld 18 \geq 22 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)) und wenn Feld 26 IN (0; LEER) (Kind im Kreißaal verstorben), dann muss eine Angabe zu DF 68 gemacht werden.

(DF 68) Neugeborenen-Hörscreening [Übereinstimmungsrate: 97,37 % (37/38)]

Dieses Datenfeld geht bei der Angabe eines durchgeführten Hörtests in den Zähler des QI 50063 „Durchführung eines Hörtests“ ein.

An einem Standort gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in einem Fall. Der Fall wurde für die QS mit einem durchgeführten Hörtest „ja, in einem vorherigen Aufenthalt“ angegeben, jedoch nicht in der Patientenakte vermerkt. Somit wurde an diesem Standort ggf. zu deren Gunsten dokumentiert.

Wenn Feld 18 \geq 22 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)) und wenn Feld 26 IN (0; LEER) (Kind im Kreißaal verstorben), dann müssen Angaben zum Kopfumfang bei Aufnahme oder Entlassung gemacht werden und entweder DF 36.1 oder DF 36.2 sowie entweder DF 74.1 oder DF 74.2 ausgefüllt werden.

Die Grundgesamtheit der Fälle bei zusammenhängenden Datenfeldern (es darf nur eins angegeben werden) weicht jeweils um die Fälle ab, für die bei der Datenvalidierung eine Angabe in dem einen oder anderen Feld in der Akte vorlag, da nicht beide zusammengehörenden Felder gleichzeitig ausgefüllt werden können (also ein Wert für den Kopfumfang und eine Eintragung als nicht bekannt ist ausgeschlossen).

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

Das Datenfeld „Kopfumfang bei Aufnahme“ wurde für alle 38 Fälle korrekt dokumentiert. Der Kopfumfang bei Entlassung wurde zweimal fehlerhaft dokumentiert.

(DF 74.1) Kopfumfang bei Entlassung [Übereinstimmungsrate: 97,22 % (35/36)]

Dieses Datenfeld wurde in 36 der 38 Fälle zweiterfasst, da in der Patientenakte eine Angabe zum Kopfumfang bei Entlassung vorhanden war. In den übrigen beiden Fällen wurde das DF 74.2 „Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt“ zweiterfasst. An einem der geprüften Standorte gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in zwei Fällen. Bei einem Fall wurde für die QS ein Kopfumfang angegeben, obgleich in der Patientenakte kein Wert zum Kopfumfang dokumentiert war und daher im DF 74.2 hätte vermerkt werden müssen. Im anderen Fall wurde ein anderer Wert für die QS dokumentiert, als in der Patientenakte angegeben war (QS: 36,5 cm vs. Akte: 35 cm). Diese Fehldokumentation hatte keinen Einfluss auf den Einbezug in den Nenner des Indikators, außer wenn der Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung nicht zugenommen hat.

(DF 74.2) Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt [Übereinstimmungsrate: 50,00 % (1/2)]

Gemäß Patientenakte hätte für einen Fall im DF 74.2 bestätigt werden müssen, dass der Kopfumfang bei Entlassung „nicht bekannt“ ist, weshalb in dem Fall eine Fehldokumentation erfolgte. Die Fälle, bei denen der Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt ist, können auch nicht in den o. g. Indikator einbezogen werden.

3.1.3 Maßnahmen und Rückmeldungen der auf Landesebene beauftragten Stellen

Den Krankenhausstandorten mit Abweichungen im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018) wurden von den auf Landesebene beauftragten Stellen gezielt Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation unter Hinzuziehung der zu beachtenden Ausfüllhinweise gegeben. Der gezielte Datenabgleich in 2021 zum Erfassungsjahr 2020 bei den zwei Standorten mit relevanten Dokumentationsfehlern zeigte eine bessere Dokumentationsqualität bei erneuter Überprüfung.

Eine LQS berichtet für den einen Standort, dass dieser eine deutliche Verbesserung der Dokumentationsqualität aufwies und die Abweichungen zwischen Patientenakten und QS-Daten in wenigen Fällen meist auf Übertragungsfehler zurückzuführen gewesen seien.

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

3.1.4 Ergebnisse zum Häufigkeits- und Relevanzkriterium

Die zwei im gezielten Datenabgleich erneut überprüften Krankenhausstandorte hatten mit 98,56 % und 94,96 % sehr hohe Übereinstimmungsraten. Auf die erneute Berechnung des Häufigkeitskriteriums mittels eines statistischen Verfahrens, das die Stichprobenunsicherheit berücksichtigt, ist daher verzichtet worden. Beide Standorte waren zudem nicht aufgrund besonders oder erheblich häufiger Dokumentationsfehler im gezielten Datenabgleich, sondern aufgrund einer Unterdokumentation relevanter Ereignisse, die Einfluss auf das Ergebnis eines oder mehrerer Qualitätsindikatoren des Auswertungsmoduls haben, erneut geprüft worden.

Nachfolgende Tabelle 4 zeigt die unterdokumentierten Einzelereignisse der Standorte im Vergleich von EJ 2018 und EJ 2020.

Tabelle 4: Unterdokumentierte Einzelereignisse der Standorte, die in einem gezielten Datenabgleich erneut überprüft wurden.

| Nr. | EJ 2018 | | EJ 2020 | | |
|-----|----------|--------------------------------------|---|---|------------------------------|
| | Standort | Anzahl unterdokumentierte Ereignisse | Ereignis unterdokumentiert | Anzahl unterdokumentierte Ereignisse | Ereignis unterdokumentiert |
| 1 | | 4/6 | 3× Kein Hörtest durchgeführt 1× Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C | 1/1 | 1× Kein Hörtest durchgeführt |
| 2 | | 3/3 | 1× Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C 1× Kein Hörtest durchgeführt 1× Sepsis oder Pneumonie bei Kindern ohne primär palliative Therapie und ohne letale Fehlbildungen | Keine | Keine |
| 3 | | 1/1 | 1× Sepsis oder Pneumonie bei Kindern ohne primär palliative Therapie und ohne letale Fehlbildungen | Keine Prüfung dieses Standortes, da zu EJ 2020 keine Fälle vorhanden waren. | |

Die für das Relevanzkriterium zu EJ 2018 definierten Ereignisse zeigten, dass diese durchaus auch eintreten können, ohne unterdokumentiert zu werden, bei manchen Standorten aber unterdokumentiert wurden. Die erneute Überprüfung der zwei Standorte mit relevant unterdokumentierten Ereignissen zeigt deutliche Unterschiede im EJ 2020. Lediglich an einem Standort wurde ein Ereignis unterdokumentiert (vgl. Tabelle 4). Auf die erneute Berechnung des gewichteten Relevanzkriteriums mittels eines statistischen Verfahrens, das die Stichprobenunsicherheit berücksichtigt, ist daher verzichtet worden.

4 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 hat der G-BA die Prüfung des QS-Verfahrens *Implantierbare Defibrillatoren (DEFI)* und für dieses die Auswertungsmodulare *Implantation (09/4)* und *Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)* beschlossen (G-BA 2020d).

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und der Fälle für den Datenabgleich der Daten des Erfassungsjahres 2020 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden in einer Stichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum jeweiligen Auswertungsmodul QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2020 geliefert hatten, zufällig ausgesucht. Ausgeschlossen wurden richtliniengemäß Krankenhausstandorte mit weniger als vier Fällen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte, die zu diesem QS-Verfahren QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2020 übermittelt hatten, wurden ebenfalls durch ein Zufallsverfahren maximal 20 Fälle pro Standort bestimmt. Für diese wurden anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder und ein Abgleich mit den übermittelten QS-Daten durchgeführt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Zweiterfassung beider Auswertungsmodulare berichtet. Bei der Beschreibung der Ergebnisse sind die Ergebnisse zu Sensitivität und Spezifität zu den Datenfeldern (vgl. Anhang Abschnitte 2.1 und 2.2) einbezogen worden. Der Anteil an Unter- oder Überdokumentationen, der möglicherweise zugunsten oder zuungunsten des Krankenhausstandortes erfolgte, wird zusätzlich erwähnt.

4.1 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)

Es wurden insgesamt 68 Datenfelder des Erhebungsbogens *Implantation (09/4)* zur Überprüfung im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ausgewählt und vom G-BA beschlossen (G-BA 2020b).

4.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden 42 Krankenhausstandorte gezogen, für die bundesweit 692 Fallakten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der auf Landesebene beauftragten Stellen datenvalidiert werden sollten. Zwei Bundesländer haben das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 mit insgesamt acht zu prüfenden Krankenhausstandorten im Modul 09/4 nicht durchgeführt. Ein Krankenhausstandort war im Modul 09/4 aus anderen Gründen, die zu einer Nichteinhaltung der Prüffrist führten, nicht validierbar.

Deshalb vermindert sich die Stichprobe auf 33 Krankenhausstandorte und auf 533 Fälle, für die nachfolgend die Ergebnisse beschrieben werden.

Tabelle 5 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und geprüften Fälle je Bundesland dar, die für das Stichprobenverfahren ursprünglich gezogen wurden und die für das EJ 2020 tatsächlich geprüft wurden.

Tabelle 5: Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4): Stichprobenumfang je Bundesland

| Bundesland | | ursprünglich gezogene Standorte | ursprünglich gezogene Fälle (Anzahl) | geprüfte Standorte | geprüfte Fälle (Reserve- fälle) |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------|--|
| Baden-Württemberg (BW) | | 4 | 58 | 3 | 43* (10) |
| Bayern (BA) | | 6 | 115 | – | – |
| Berlin (BE) | | 2 | 40 | 2 | 40 (20) |
| Brandenburg (BB) | | 2 | 32 | 2 | 32* (10) |
| Bremen (HB) | | 1 | 20 | 1 | 20 (10) |
| Hamburg (HH) | | 1 | 20 | 1 | 20 (10) |
| Hessen (HE) | | 2 | 40 | 2 | 40 (20) |
| Mecklenburg-Vorpom- mern (MV) | | 1 | 20 | 1 | 20 (10) |
| Niedersachsen (NI) | | 4 | 36 | 4 | 36* (10) |
| Nord- rhein- Westfalen (NW) | Nordrhein (NO) | 4 | 70 | 4 | 70* (14)** |
| | Westfalen- Lippe (WE) | 4 | 56 | 4 | 56* (10) |
| Rheinland-Pfalz (RP) | | 2 | 29 | – | – |
| Saarland (SL) | | 1 | 20 | 1 | 20 (10) |
| Sachsen-Anhalt (ST) | | 2 | 36 | 2 | 36* (4)** |
| Sachsen (SN) | | 2 | 30 | 2 | 30* (2)** |
| Schleswig-Holstein (SH) | | 2 | 40 | 2 | 40 (14)** |
| Thüringen (TH) | | 2 | 30 | 2 | 30* (10) |
| Gesamt | | 42 | 692 | 33 | 533 |

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

** Standorte mit nicht exakt 10 Reservefällen

4.1.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern

Die gewichtete bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder und Krankenhausstandorte hinweg lag bei 86,84 %⁴. Die niedrigste Übereinstimmung für dieses geprüfte QS-Verfahren lag bei einem Standort mit 47,14 % und die höchste Übereinstimmungsrate bei einem Standort mit 98,95 %⁵. Eine komplett fehlerfreie Übereinstimmungsrate erfolgte an keinem Standort.

Tabelle 6 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern über alle Krankenhausstandorte. Die Kreuztabellen mit Detailangaben zu den Ergebnissen der Zweiterfassung für jedes Datenfeld sind dem Anhang Abschnitt 2.1 zu entnehmen. Alle Datenfelder mit Dokumentationsfehlern werden hinsichtlich des Ausmaßes der Abweichungen sowie deren möglichen Einflusses auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Risikoadjustierung beschrieben. Datenfelder mit einer 100%igen Übereinstimmung werden nicht gesondert beschrieben, sondern können der Tabelle 6 entnommen werden. Gegebenenfalls wird, anders als in der Tabelle dargestellt, bei der Beschreibung der Datenfelder von der Reihenfolge des Dokumentationsbogens aufgrund inhaltlicher Zusammenhänge abgewichen.

Tabelle 6: Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2021 (EJ 2020)

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
|---|--|--------------------------------------|
| ○ (DF 13.1) Körpergröße | 81,44 % | 408/501 |
| ○ (DF 13.2) Körpergröße unbekannt | 56,25 % | 18/32 |
| ○ (DF 14.1) Körpergewicht bei Aufnahme | 78,28 % | 400/511 |
| ○ (DF 14.2) Körpergewicht unbekannt | 59,09 % | 13/22 |
| (DF 16) Herzinsuffizienz | 76,92 % | 410/533 |
| (DF 17) Einstufung nach ASA-Klassifikation | 64,73 % | 345/533 |
| ○ (DF 18.1) linksventrikuläre Ejektionsfraktion | 82,09 % | 417/508 |
| ○ (DF 18.2) LVEF nicht bekannt | 0,00 % | 0/25 |
| (DF 19) Diabetes mellitus | 86,49 % | 461/533 |
| (DF 20) Nierenfunktion/Serumkreatinin | 91,18 % | 486/533 |

⁴ Hierbei handelt es sich um eine statistische Schätzung der Übereinstimmungsrate bezogen auf alle für die Auswertung genutzten Fälle aller Krankenhausstandorte aus den Ergebnissen der Stichprobenüberprüfung. Dabei wird die Fallzahl der einzelnen Standorte berücksichtigt: Das Ergebnis von Standorten mit vielen Fällen wird höher gewichtet als das von Standorten mit wenigen Fällen im Auswertungsmodul. Für nähere Erläuterungen siehe Abschnitt 2.1 IQTIG (2020b).

⁵ Die Übereinstimmungsraten enthalten bereits Ausschlüsse von Datenfeldern und Fallzahlgewichtungen, vgl. Abschnitt 4.3.

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
|---|--|--------------------------------------|
| (DF 21) Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten? | 98,31 % | 524/533 |
| (DF 22) indikationsbegründendes klinisches Ereignis | 94,93 % | 506/533 |
| ➤ (DF 23) führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) | 78,39 % | 156/199 |
| (DF 24) KHK | 86,12 % | 459/533 |
| ➤ (DF 25) Abstand Myokardinfarkt-Implantation ICD | 73,66 % | 137/182 |
| ➤ (DF 26) indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 h nach Infarktbeginn | 74,60 % | 47/63 |
| (DF 27) Herzerkrankung | 93,06 % | 496/533 |
| ➤ (DF 28) spontanes Brugada-Typ-1-EKG | 100,00 % | 2/2 |
| ○ (DF 29.1) Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten fünf Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)? | 60,00 % | 3/5 |
| ○ (DF 29.2) Risiko für plötzlichen Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) nicht berechnet | 50,00 % | 2/4 |
| ➤ (DF 30) WPW-Syndrom | 91,16 % | 165/181 |
| ➤ (DF 31) reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie | 89,50 % | 162/181 |
| ➤ (DF 32) behandelbare idiopathische Kammertachykardie | 80,20 % | 81/101 |
| ➤ (DF 33) Kammertachykardie induzierbar | 65,12 % | 28/43 |
| ➤ (DF 34) Kammerflimmern induzierbar | 100,00 % | 2/2 |
| (DF 35) medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung) | 91,93 % | 490/533 |
| ➤ (DF 36.1) Betablocker und/oder Ivabradin | 92,90 % | 458/493 |
| ➤ (DF 36.2) AT-Rezeptor-Blocker/ACE-Hemmer/Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitoren (ARNI) | 93,51 % | 461/493 |
| ➤ (DF 36.3) Diuretika | 89,25 % | 440/493 |
| ➤ (DF 36.4) Aldosteronantagonisten | 81,14 % | 400/493 |

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
|--|---|------------------------------|
| (DF 37) voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit | 72,80 % | 388/533 |
| (DF 38) erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation | 70,92 % | 378/533 |
| (DF 39) Vorhofrhythmus | 87,99 % | 469/533 |
| (DF 40) AV-Block | 84,43 % | 450/533 |
| (DF 41) intraventrikuläre Leitungsstörungen | 88,37 % | 471/533 |
| ➤ (DF 42) QRS-Komplex | 89,87 % | 470/523 |
| (DF 44) Operation ¹ | 99,16 % | 528,5/533 |
| (DF 46) Dauer des Eingriffs | 85,18 % | 454/533 |
| ○ (DF 47.1) Dosis-Flächen-Produkt | 86,56 % | 425/491 |
| ○ (DF 47.2) Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt | 0,00 % | 0/27 |
| ○ (DF 47.3) keine Durchleuchtung durchgeführt | 60,00 % | 9/15 |
| (DF 48) System | 98,69 % | 526/533 |
| <i>Sonden: Vorhof</i> | | |
| ○ (DF 50.1) Reizschwelle | 86,25 % | 207/240 |
| ○ (DF 50.2) Reizschwelle nicht gemessen | 78,72 % | 37/47 |
| ○ (DF 51.1) P-Wellen-Amplitude | 78,44 % | 211/269 |
| ○ (DF 51.2) P-Wellen-Amplitude nicht gemessen | 54,17 % | 13/24 |
| <i>Sonden: Ventrikel – rechtsventrikuläre Sonde</i> | | |
| ○ (DF 53.1) Reizschwelle | 88,82 % | 445/501 |
| ○ (DF 53.2) Reizschwelle nicht gemessen | 0,00 % | 0/15 |
| ○ (DF 54.1) R-Amplitude | 78,23 % | 388/496 |
| ○ (DF 54.2) R-Amplitude nicht gemessen | 25,00 % | 5/20 |
| <i>Sonden: Ventrikel – linksventrikuläre Sonde</i> | | |
| ➔ (DF 55) linksventrikuläre Sonde aktiv? | 98,90 % | 180/182 |
| ○ (DF 56) Reizschwelle | 83,43 % | 141/169 |
| ○ (DF 57) Reizschwelle nicht gemessen | 0,00 % | 0/10 |
| (DF 58) peri- bzw. postoperative Komplikation(en) | 98,12 % | 523/533 |

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
|--|---|------------------------------|
| ➤ (DF 59.1) kardiopulmonale Reanimation | 100,00 % | 18/18 |
| ➤ (DF 59.2) interventionspflichtiger Pneumothorax | 94,44 % | 17/18 |
| ➤ (DF 59.3) interventionspflichtiger Hämato- thorax | 94,44 % | 17/18 |
| ➤ (DF 59.4) interventionspflichtiger Perikard- erguss | 100,00 % | 18/18 |
| ➤ (DF 59.5) interventionspflichtiges Taschen- hämatom | 94,44 % | 17/18 |
| ➤ (DF 59.6) revisionsbedürftige Sondendislo- kation | 77,78 % | 14/18 |
| ➤ (DF 59.7) revisionsbedürftige Sondendys- funktion | 100,00 % | 18/18 |
| ➤ (DF 59.8) postoperative Wundinfektion | 100,00 % | 18/18 |
| ➤ (DF 59.9) sonstige interventionspflichtige Komplikation | 83,33 % | 15/18 |
| (DF 63) Entlassungsgrund* | 99,81 % | 532/533 |
| (DF EF) Patientenalter am Aufnahmetag in Jah- ren | 99,44 % | 530/533 |
| (DF EF) Quartal der Operation | 100,00 % | 533/533 |

➔ Sowohl Filterfeld als auch abhängiges Feld

- Abhängige Kann-Felder. Diese Datenfelder müssen nur unter Erfüllung bestimmter Bedingungen ausgefüllt werden. Dementsprechend kann die Grundgesamtheit der Fälle geringer ausfallen als bei den anderen Datenfeldern.
- Plausibilisierte Datenfelder, es kann jeweils nur eins der beiden (oder mehreren) zusammenhängenden Datenfelder angegeben werden, weshalb sich die Grundgesamtheit der beiden Datenfelder unterscheidet.

* Die Entlassungsgründe wurden für die Zweiterfassung in die Kategorien lebend entlassen (alle Schlüssel außer 07) und verstorben (Schlüssel 07) dichotomisiert.

¹ Mehrfachfeld: Bei Mehrfachfeldern wird die Anzahl der übereinstimmenden Werte in das Verhältnis zur Anzahl aller Werte gesetzt, die in der QS-Dokumentation oder der Patientenakte vorkommen, weshalb auch ungerade Zahlen vorkommen können (z. B. 1/3 → 0,33, falls einer von drei Werten übereinstimmt).

Die Grundgesamtheit der Fälle bei zusammenhängenden Datenfeldern (es darf nur eins angegeben werden) weicht jeweils um die Fälle ab, für die bei der Datenvalidierung eine Angabe in dem ein oder anderen Feld in der Patientenakte vorlag, da nicht beide zusammengehörenden Felder gleichzeitig ausgefüllt werden können (also z. B. ein Wert für die Körpergröße und eine Eintragung als unbekannt ist ausgeschlossen).

Für die Angabe der Körpergröße muss entweder DF 13.1 oder DF 13.2 ausgefüllt werden:

(DF 13.1) Körpergröße [Übereinstimmungsrate: 81,44 % (408/501)]

Dieses Datenfeld wurde in 501 der 533 Fälle zweiterfasst, da in der Patientenakte eine Angabe zur Körpergröße vorhanden war. An 24 von 33 Standorten (72,73 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 93 von 501 einbezogenen Fällen (18,56 %).

24-mal wurde keine Angabe für die QS in diesem Datenfeld vorgenommen, sondern in DF 13.2, obgleich eine Angabe in der Patientenakte vorlag. In 69 Fällen lagen Abweichungen im dokumentierten Wert für die Körpergröße vor. Die Abweichungen schwankten zwischen -47 cm (Wert in der Patientenakte niedriger als in der QS-Dokumentation) und +20 cm (Wert in der Patientenakte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem absoluten Mittelwert von 5,96 cm. Dieses Datenfeld wird zur Berechnung des BMI verwendet, der in der Risikoadjustierung für den QI 131801: „Dosis-Flächen-Produkt“ verwendet wird. Dabei werden BMI-Angaben von 15 bis 50 als linearer Effekt risikoadjustiert, je größer der BMI desto höher das Risiko in der Adjustierung. Für die Fälle, bei denen der berechnete BMI unplausibel ist (< 15 oder > 50), wird der Median-BMI imputiert und es wird für diese Fälle ein zusätzlicher Risikofaktor geschätzt. Je höher der BMI, desto günstiger für den Krankenhausstandort, da das erwartete Dosis-Flächenprodukt höher ist (mehr Durchleuchtung erlaubt). Eine niedrigere Körpergröße ist günstiger für den Krankenhausstandort. In 35 Fällen wurde eine niedrigere Körpergröße für die QS dokumentiert als für die Patientenakte und in 34 Fällen eine höhere. Da die Angaben zur Körpergröße (in cm) metrisch sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 13.2) Körpergröße unbekannt [Übereinstimmungsrate: 56,25 % (18/32)]

Dieses Datenfeld wurde bei 32 Fällen an 10 Standorten zweiterfasst, da in der Patientenakte keine Angabe zur Körpergröße vorlag. An 6 der 10 Standorte (60,0 %) gab es Abweichungen in 14 von 32 Fällen (43,8 %). Für diese Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation zu DF 13.1 vorgenommen, obgleich in der Patientenakte keine Körpergröße dokumentiert wurde. Für die Fälle, bei denen der BMI unbekannt ist, wird der Median-BMI imputiert und es wird für diese Fälle ein zusätzlicher Risikofaktor geschätzt.

Für die Angabe Körpergewicht bei Aufnahme muss entweder DF 14.1 oder DF 14.2 ausgefüllt werden:

(DF 14.1) Körpergewicht bei Aufnahme [Übereinstimmungsrate: 78,28 % (400/511)]

Dieses Datenfeld wurde in 511 der 533 Fälle zweiterfasst, da in der Patientenakte eine Angabe zum Körpergewicht vorhanden war. In den übrigen 22 Fällen wurde das Datenfeld 14.2 „Körpergewicht unbekannt“ zweiterfasst. An 26 von 33 geprüften Standorten (78,8 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 111 von 511 Fällen (21,72 %), bei 23 davon wurde für die QS „Körpergewicht unbekannt“ dokumentiert. Die anderen 88 Abweichungen schwankten zwischen –100 kg (Wert in der Patientenakte niedriger als in der QS-Dokumentation) und +49 kg (Wert in der Patientenakte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem Mittelwert über die Abweichungen von 0,37 kg. Dieses Datenfeld wird zur Berechnung des BMI verwendet, welcher in der Risikoadjustierung für den QI 131801: „Dosis-Flächen-Produkt“ verwendet wird. Dabei werden BMI-Angaben von 15 bis 50 als linearer Effekt risikoadjustiert, je größer der BMI desto höher das Risiko. Für die Fälle, bei denen der berechnete BMI unplausibel ist (< 15 oder > 50), wird der Median-BMI imputiert und es wird für diese Fälle ein zusätzlicher Risikofaktor geschätzt. Je höher der BMI, desto günstiger für den Krankenhausstandort, da das erwartete Dosis-Flächenprodukt höher ist (mehr Durchleuchtung erlaubt). Ein höheres Gewicht ist günstiger für den Krankenhausstandort. In 47 Fällen wurde ein höheres Körpergewicht für die QS dokumentiert als für die Patientenakte und in 41 Fällen ein niedrigeres. Da die Angaben zum Körpergewicht (in kg) metrisch sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 14.2) Körpergewicht unbekannt [Übereinstimmungsrate: 59,09 % (13/22)]

Dieses Datenfeld wurde bei 22 Fällen an 11 Standorten zweiterfasst, da in der Patientenakte keine Angabe zum Körpergewicht vorlag. An 7 der 11 Standorte (63,6 %) gab es Abweichungen in 9 von 22 Fällen (40,9 %). Für diese Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation zu DF 14.1 vorgenommen, obgleich in der Patientenakte kein Körpergewicht dokumentiert wurde. Für die Fälle, bei denen der BMI unbekannt ist, wird der Median-BMI imputiert und es wird für diese Fälle ein zusätzlicher Risikofaktor geschätzt.

(DF 16) Herzinsuffizienz [Übereinstimmungsrate: 76,92 % (410/533)]

An 26 von 33 geprüften Standorten (78,8 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 123 von 533 einbezogenen Fällen (23,1 %). Davon wurden für die QS die Fälle 49-mal als gesünder dokumentiert und 74-mal als kränker, als sie gemäß Patientenakte waren. Beispielsweise wurde 35-mal (6,6 %) eine NYHA I, II oder keine Herzinsuffizienz (= nein) für die QS dokumentiert, obgleich tatsächlich eine NYHA III oder IV vorlag, und 38-mal (7,1 %) eine NYHA III oder IV, obgleich tatsächlich eine NYHA I, II oder keine Herzinsuffizienz (= nein) vorlag.

Dieses Datenfeld wird für die Berechnung der Indikatoren 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ und 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ verwendet, wobei die Herzinsuffizienz je nach vorliegender CRT-Indikation (z. B. CRT-Indikation bei permanentem Vorhofflimmern mit

NYHA III oder IV und eine CRT-Indikation bei Sinusrhythmus mit NYHA II, III oder IV) bzw. ICD-Indikation (z. B. muss bei primärpräventiver ICD-Indikation mit NYHA IV auch eine CRT-Indikation vorliegen) in die QIs einbezogen wird. Zusätzlich wird dieses Datenfeld für die Risikoadjustierung des QI 51186 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ mit den Ausprägungen NYHA III oder IV verwendet.

(DF 17) Einstufung nach ASA-Klassifikation [Übereinstimmungsrate: 64,73 % (345/533)]

An 24 von 33 Standorten (72,7 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 188 von 533 einbezogenen Fällen (35,3 %). Davon ergaben sich in 142 Fällen Abweichungen aufgrund dessen, dass die ASA-Klassifikation in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war, was einen Anteil von 26,6 % der Abweichungen ausmacht. Dies ist damit das Datenfeld (Muss-Feld), für das am häufigsten die Angaben in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ waren unter allen Datenfeldern, die in diesem Auswertungsmodul datenvalidiert wurden, sowie auch dasjenige mit der höchsten Abweichungsrate insgesamt.

Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, da die Klassifikation als ASA 5 zum Zeitpunkt der ICD-Implantation als nicht leitlinienkonform gewertet wird. Die Einstufung von ASA 5 ist jedoch korrekterweise keinmal aufgetreten. Dieses Datenfeld hat mit den Ausprägungen ASA 3 und ASA 4 auch einen Einfluss auf die Risikoadjustierung des QI 51186 „Sterblichkeit im Krankenhaus“. Sind Patientinnen und Patienten fälschlicherweise gesünder für die QS dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch-niedrigen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann sich somit zuungunsten der Klinik im Bereich der Qualitätseinschätzung auswirken.

Eine falsch-niedrige Einstufung erfolgte in insgesamt 36 von 46 Fällen mit einer fehlerhaften ASA-Angabe (22 Fälle: QS = ASA 1, 2 vs. Akte = ASA 3 und 14 Fälle: QS = ASA 2, 3 vs. Akte = ASA 4). Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn Patientinnen und Patienten für die QS kränker im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert werden. Eine falsch-hohe Einstufung erfolgte insgesamt in 10 von 46 Fällen mit einer fehlerhaften ASA-Angabe und kann sich damit ggf. zugunsten der Standorte auswirken (7 Fälle: QS = ASA 3 vs. Akte = ASA 1, 2 und 3 Fälle: QS = ASA 4 vs. Akte = ASA 2, 3).

Problematisch ist die hohe Anzahl der Angaben, die nicht aus der Patientenakte nachvollzogen werden können („nicht ersichtlich“). Somit kann nicht geschlussfolgert werden, ob es ggf. zu einem falsch-höheren Risikoprofil zugunsten oder falsch-niedrigerem Risikoprofil zuungunsten der Standorte gekommen wäre.

Für die Angabe einer linksventrikulären Ejektionsfraktion muss entweder DF 18.1 oder DF 18.2 ausgefüllt werden:

(DF 18.1) linksventrikuläre Ejektionsfraktion [Übereinstimmungsrate: 82,09 % (417/508)]

Dieses Datenfeld wurde in 508 der 533 Fälle zweiterfasst, da in der Patientenakte eine Angabe zur linksventrikulären Ejektionsfraktion vorhanden war. In den übrigen 25 Fällen wurde das DF 18.2 „LVEF nicht bekannt“ zweiterfasst. An 27 von 33 geprüften Standorten (81,8 %) gab es bei mindestens einem Fall Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 91 von 508 Fällen (17,9 %). In einem Fall wurde fälschlicherweise für die QS „LVEF nicht bekannt“ dokumentiert (DF 18.2), obgleich ein Wert in der Patientenakte vorlag. Die anderen 90 Abweichungen schwankten zwischen -20 % (Wert in der Patientenakte niedriger als in der QS-Dokumentation) und +17 % (Wert in der Patientenakte größer als in der QS-Dokumentation) mit einer mittleren absoluten Abweichung von 5,83 %. Dieses Datenfeld wird zur Berechnung der Indikatoren 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ und 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ verwendet, wobei in den meisten Fällen eine LVEF von ≤ 35 % vorliegen muss für die Erfüllung der Bedingungen dieser Indikatoren. Dieses Datenfeld wird ebenso für die Risikoadjustierung des QI 51186 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ verwendet, jedoch nur, wenn die EF unter 29 % liegt. Von den 91 Abweichungen lag für 9 Fälle ggf. ein Einfluss auf die QI-Grenze von ≤ 35 % vor. Für 6 Fälle wurde fälschlicherweise für die QS eine EF ≤ 35 % angegeben, obgleich in der Patientenakte eine höhere EF vorlag. In 26 Fällen hatte die Abweichung ggf. einen Einfluss auf die Risikoadjustierung, davon wurde in 13 Fällen eine EF < 29 % für die QS angegeben, wenn in der Realität eine höhere vorlag. Gegebenenfalls liegen je nach zugrunde liegender Indikation in bestimmten Einzelfällen noch weitere Einflüsse auf die QIs vor (z. B. LVEF ≤ 50 % bei CRT-Indikation bei De-novo-Implantation eines CRT-Systems).

(DF 18.2) LVEF nicht bekannt [Übereinstimmungsrate: 0,00 % (0/25)]

Dieses Datenfeld wurde in 25 Fällen an 6 Standorten zweiterfasst, da in der Patientenakte keine Information zur LVEF vorlag. An 6 von 6 Standorten (100,0 %) gab es Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 25 von 25 Fällen (100,0 %), für die fälschlicherweise ein Wert für die QS in DF 18.1 dokumentiert wurde. Gemäß Patientenakte hätte mit einer Eintragung in DF 18.2 bestätigt werden müssen, dass die EF „nicht bekannt“ ist. Damit liegt der Anteil der Unterdokumentationen an allen Fällen, für die eine Angabe (= ja) in diesem Datenfeld hätte vorgenommen werden müssen, bei 100,0 %. Die Fälle, bei denen die LVEF nicht bekannt ist, führen zur Wertung der Systemwahl als nicht leitlinienkonform im QI 50005 sowie ggf. der Indikation im QI 50055.

(DF 19) Diabetes mellitus [Übereinstimmungsrate: 86,49 % (461/533)]

An 27 von 33 Standorten (81,8 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 72 von 533 einbezogenen Fällen (13,5 %). Dieses Datenfeld ist für die Risikoadjustierung des Indikators 132002 „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ vorgesehen. Sind

Patientinnen und Patienten fälschlicherweise gesünder für die QS dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch-niedrigen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann sich somit zuungunsten der Klinik im Bereich der Qualitätseinschätzung auswirken. Eine falsch-niedrige Einstufung erfolgte insgesamt in 49 von 72 Fällen mit einer fehlerhaften Dokumentation. In 39 Fällen wurde für die QS = kein Diabetes dokumentiert, obgleich in der Patientenakte ein Diabetes dokumentiert war. In 10 Fällen wurde in der QS ein Diabetes angegeben, der nicht insulinpflichtig sei, obgleich in der Patientenakte ein insulinpflichtiger Diabetes vorlag. Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn Patientinnen und Patienten für die QS mit einer schwerwiegenderen Form des Diabetes mellitus im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert werden und damit ggf. zugunsten der Standorte. Eine falsch-hohe Einstufung erfolgte in 23 von 72 Fällen mit fehlerhafter Dokumentation. In 17 Fällen wurde in der Patientenakte kein Diabetes dokumentiert, obgleich eine Form des Diabetes für die QS angegeben wurde. In weiteren sechs Fällen wurde für die QS ein insulinpflichtiger Diabetes dokumentiert und in der Patientenakte nur ein nicht insulinpflichtiger Diabetes festgestellt.

(DF 20) Nierenfunktion/Serumkreatinin [Übereinstimmungsrate: 91,18 % (486/533)]

An 20 von 33 Standorten (60,6 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 47 von 533 einbezogenen Fällen (8,8 %). Dieses Datenfeld wird für die Risikoadjustierung des QI 51186 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ verwendet, jedoch nur wenn das Serumkreatinin $\geq 1,5$ mg/dl beträgt. Sind Patientinnen und Patienten fälschlicherweise mit einem niedrigeren Serumkreatinin für die QS dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch-niedrigen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann sich somit zuungunsten der Klinik im Bereich der Qualitätseinschätzung auswirken. Dies erfolgte in 16 (Kreatinin QS = $\leq 1,5$ mg/dl vs. Akte = $\geq 1,5$ mg/dl oder unbekannt) und 2 (Kreatinin QS = $\geq 1,5$ mg/dl vs. Akte = $\geq 2,5$ mg/dl oder unbekannt) Fällen. Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn Patientinnen und Patienten für die QS kränker im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert werden und damit ggf. zugunsten der Standorte, was 24-mal (Kreatinin QS = $\geq 1,5$ mg/dl vs. Akte = $\leq 1,5$ mg/dl), 4-mal (Kreatinin QS = $\geq 2,5$ mg/dl vs. Akte = $\leq 2,5$ mg/dl) und einmal (QS = dialysepflichtig vs. Akte = nicht dialysepflichtig) vorkam. Damit erfolgte eine falsch-niedrige Einstufung in 18 von 47 Fällen und eine falsch-höhere Einstufung in 29 von 47 Fällen mit einer fehlerhaften Dokumentation. Die Fälle, bei denen die Nierenfunktion als „unbekannt“ dokumentiert wird, werden der Referenzkategorie zugerechnet, sodass für diese Fälle das niedrigste Sterblichkeitsrisiko bezüglich der Nierenfunktion angenommen wird.

(DF 21) Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten? [Übereinstimmungsrate: 98,31 % (524/533)]

An 6 von 33 Standorten (18,2 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 9 von 533 einbezogenen Fällen (1,7 %). Dieses Datenfeld wird für den QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei eine leitlinienkonforme Indikation nur dann gegeben ist, wenn eine Lebenserwartung von

mehr als einem Jahr besteht. Aufgrund der Antwortmöglichkeiten für die QS mit 0 = nein, 1 = ja und 9 = unbekannt ist für die Zweiterfassung den Prüfenden folgender Hinweis genannt worden:

- Wenn aus der Patientenakte keine lebensbedrohlichen Komorbiditäten oder Begleiterkrankungen hervorgehen, dann kann von 1 = ja ausgegangen werden. Hinweis: Mit lebensbedrohlichen Begleiterkrankungen sind keine Erkrankungen gemeint, die durch einen ICD behandelt werden können, z. B. Herzrhythmusstörungen.
- Wenn dieser Aspekt aus der Patientenakte nicht ersichtlich ist, dann 9 = unbekannt angeben. [Hinweis: In 0,35 % der Fälle in EJ 2020 wurde diese Antwortkategorie gewählt.]

Bei den neun Abweichungen wurde entweder „nein“ oder „unbekannt“ für die QS dokumentiert, obwohl in der Patientenakte keine lebensbedrohlichen Komorbiditäten oder Begleiterkrankungen genannt wurden und damit zuungunsten der Leistungserbringer dokumentiert. Die Fälle, bei denen die Lebenserwartung als „nein“ oder „unbekannt“ angegeben wird, führen zu einer Einstufung der ICD-Indikation als nicht leitlinienkonform und somit zur Auffälligkeit im QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“.

(DF 22) indikationsbegründendes klinisches Ereignis [Übereinstimmungsrate: 94,93 % (506/533)]

An 16 von 33 Standorten (48,5 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 27 von 533 einbezogenen Fällen (5,1 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet. Wird in diesem Datenfeld ein indikationsbegründetes klinisches Ereignis dokumentiert, kann auch eine der sekundärpräventiven Indikationen erfüllt werden. Ansonsten muss eine der primärpräventiven Indikationen erfüllt sein, damit eine leitlinienkonforme ICD-Indikation vorliegt. Je nach führender klinischer Symptomatik (außer 5 = Primärprävention und 9 = sonstige) werden die Schlüsselwerte des Datenfeldes unterschiedlich in den Zähler des QI einbezogen.

In 15 Fällen wurde in der Patientenakte „kein indikationsbegründetes klinisches Ereignis (Primärprävention) = 5“ oder „sonstige = 9“ festgestellt, obgleich für die QS eine Symptomatik dokumentiert wurde. Andersherum wurde „kein indikationsbegründetes klinisches Ereignis (Primärprävention)“ fälschlicherweise für die QS dokumentiert (n = 8). Für diese Fälle muss gemäß Spezifikation auch keine Folgefelder (DF 23) angegeben werden, weshalb in Bezug auf die Angabe einer führenden klinische Symptomatik Folgefehler bestehen können.

Wenn das indikationsbegründende klinische Ereignis (DF 22) keine Primärprävention war (also alle anderen: 1; 2; 3; 4; 9), dann muss eine führende klinische Symptomatik (DF 23) angegeben werden.

(DF 23) führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) [Übereinstimmungsrate: 78,39 % (156/199)]

An 19 von 33 Standorten (57,6 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 43 von 199 Fällen (21,6 %), für die eine Angabe in diesem Datenfeld vorgenommen werden musste. Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ mit den Ausprägungen 1, 2, 3, 4, 5, 6 (ohne „0 = keine“, „7 = Angina Pectoris“ und „9 = sonstige“) verwendet sowie für die Risikoadjustierung des QI 51186 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ mit den Ausprägungen „1 = Herz-Kreislauf-Stillstand“ und „2 = kardiogener Schock“.

In 13 Fällen ergab sich eine Fehldokumentation als Folgefehler in der Art, dass kein Wert für das DF 23 zweiterfasst werden musste, da die Filterbedingung nicht zutraf. Für die QS wurde das Filterfeld fehlerhaft dokumentiert und daher auch eine fehlerhafte Angabe in DF 23 vorgenommen. In acht Fällen ergaben sich ebenfalls jeweils ein Folgefehler aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation des Filterfeldes (DF 22), aber in genau umgekehrter Weise. Für diese Fälle wurde in DF 22 = 5 für die QS dokumentiert, wodurch DF 23 nicht ausgefüllt wurde. In allen acht Fällen wurden allerdings andere Angaben in der Patientenakte zum Filterfeld und für DF 23 vorgefunden und zweiterfasst. Die anderen 22 Abweichungen ergeben sich aus fehlerhaften Zuordnungen zur führenden klinischen Symptomatik.

Für fünf Fälle wurde eine führende klinische Symptomatik für die QS dokumentiert, obgleich in der Patientenakte keine Symptomatik gefunden wurde, wie z. B. in drei Fällen für die fälschlicherweise eine „Präsynkope“ für die QS dokumentiert wurde. Eine „7 = Angina Pectoris“ wurde in keinem Fall dokumentiert. In einem Fall wurde eine „5 = Präsynkope“ dokumentiert, obgleich der Zweiterfasser eine „9 = sonstige“ Symptomatik vorgefunden hat.

Für die Risikoadjustierung relevant waren die Fehldokumentationen einer „Synkope“ für die QS, obgleich in der Patientenakte „Herz-Kreislauf-Stillstand (reanimierter Patient)“ (4 von 30) dokumentiert wurde (falsch-niedriges Risikoprofil) und die Dokumentation von „Herz-Kreislauf-Stillstand (reanimierter Patient)“ für die QS, wobei in der Patientenakte eine „Synkope“ dokumentiert worden war (3 von 30) (falsch-hohes Risikoprofil).

(DF 24) KHK [Übereinstimmungsrate: 86,12 % (459/533)]

An 27 von 33 Standorten (81,8 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 74 von 533 einbezogenen Fällen (13,9 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet. Ob ein Infarkt aufgetreten ist, ist eine mögliche Bedingung für die sekundärpräventive Indikation nach Synkope. Bei primärpräventiver Indikation wegen ventrikulärer Dysfunktion ist in bestimmten Fällen relevant (bei NYHA I und LVEF \leq 30 %), ob eine KHK vorliegt.

Zudem ist das Datenfeld „KHK“ ein Filterfeld für die Datenfelder „Abstand Myokardinfarktimplantation ICD“ und „indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 h nach Infarktbeginn“, mit denen jeweils Bedingungen für verschiedene primär- und sekundärpräventive ICD-Indikationen abgefragt werden.

In 21 der 74 fehldokumentierten Fälle wurde für die QS angegeben, dass keine KHK vorliege (0 = nein), obgleich in der Patientenakte eine KHK ohne Myokardinfarkt in 16 Fällen und mit Myokardinfarkt in 5 Fällen dokumentiert worden war. Andersherum wurde in 13 von 74 Fällen für die QS eine KHK angegeben (mit und ohne Myokardinfarkt), obgleich gemäß Patientenakte keine KHK vorlag. In den anderen 40 fehldokumentierten Fällen wurde eine Fehldokumentation zwischen Vorliegen einer KHK entweder mit oder ohne Myokardinfarkt festgestellt.

Wenn eine KHK mit Myokardinfarkt vorgelegen hat (DF 24 = 2), dann muss der Abstand der Dauer zwischen Myokardinfarkt und ICD-Implantation (DF 25) angegeben werden.

(DF 25) Abstand Myokardinfarktimplantation ICD [Übereinstimmungsrate: 73,66 % (137/186)]

An 24 von 33 Standorten (72,7 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 49 von 186 einbezogenen Fällen (26,3 %) mit KHK und vorliegendem Myokardinfarkt. Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei bei Primärprävention wegen ventrikulärer Dysfunktion ein Abstand zwischen Myokardinfarkt und ICD-Implantation > 40 Tage bestehen muss, damit eine leitlinienkonforme ICD-Indikation angenommen werden kann.

In 30 Fällen ergab sich eine Fehldokumentation als Folgefehler in der Art, dass ein Wert für das DF 25 zweiterfasst werden musste, da die Filterbedingung nach der Zweiterfassung zutraf. Im vorherigen Filterfeld wurde für die QS entweder die Angabe gemacht, dass keine KHK (= nein) vorläge oder eine vorgelegen habe ohne Myokardinfarkt (= 1). Für diese Fälle wurde in der Patientenakte allerdings eine KHK mit Myokardinfarkt festgestellt (= 2), weshalb es im abhängigen DF 25 zu einer Fehldokumentation kommt. Von den 30 Fällen, für die vom Leistungserbringer daher keine Angabe in DF 25 vorgenommen wurde, konnte in 29 Fällen festgestellt werden, dass dieser > 40 Tage zurücklag, womit diese Fälle in den Zähler des QI eingegangen wären. In den beiden anderen fehldokumentierten Fällen erfolgten Fehldokumentationen zwischen der Anzahl der Tage, in einem der beiden Fälle wurden gemäß Patientenakte > 40 Tage festgestellt und in dem anderen Fall ≤ 40 Tage.

In 17 Fällen ergab sich der Folgefehler in genau umgekehrter Weise. So erfolgte im vorherigen Filterfeld (DF 24) die Angabe für die QS, dass eine KHK mit Myokardinfarkt vorgelegen habe (= 2), obgleich in der Patientenakte entweder keine (0 = nein in n = 2 Fällen) oder ja, ohne Myokardinfarkt (= 1 in n = 15 Fällen) dokumentiert war. Für diese 17 Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe zum Abstand Myokardinfarktimplantation ICD (DF 25) angegeben, obgleich kein Abstand vorgelegen haben kann und sich dies damit auch nicht aus der Patientenakte ergab.

Wenn als indikationsbegründetes klinisches Ereignis (DF 22) keine Primärprävention (= 5) angegeben wurde und eine KHK mit Myokardinfarkt vorgelegen hat (DF 24 = 2), dann muss DF 26 angegeben werden.

(DF 26) indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 h nach Infarktbeginn [Übereinstimmungsrate: 74,60 % (47/63)]

An 14 von 27 Standorten (51,9 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 16 von 63 einbezogenen Fällen (25,4 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei das indikationsbegründende klinische Ereignis nicht innerhalb von 48 h nach Infarktbeginn für eine leitlinienkonforme Indikation aufgetreten sein sollte. Dieses abhängige Datenfeld wird nur dokumentationspflichtig, wenn zum DF 22 nicht die Antwort 5 (Primärprävention) und zum DF 24 die Antwort 2 (KHK mit Myokardinfarkt) gewählt wurde.

In zehn Fällen haben die Krankenhausstandorte für die Dokumentation der QS eine der beiden Bedingungen fälschlicherweise nicht erfüllt, sodass in der Zweiterfassung für diese Fälle DF 26 anzugeben war. In einem Fall lag dabei das indikationsbegründete klinische Ereignis innerhalb von 48 h (und war damit nicht leitlinienkonform) und in den anderen neun Fällen außerhalb.

In fünf weiteren Fällen ergaben sich die Abweichungen daraus, dass eine der beiden Bedingungen fälschlicherweise für die QS erfüllt war, obgleich bei Prüfung der Patientenakte diese nicht gegeben war, weshalb das Datenfeld nicht zweiterfasst werden musste (keine Angabe). In einem Fall wurde fälschlicherweise für die QS angegeben, dass das klinische Ereignis nicht innerhalb von 48 h lag, obwohl dies gemäß der Patientenakte dokumentiert war. Dieser Fall hätte damit nicht in den Zähler des QI eingehen dürfen und wurde fälschlicherweise als leitlinienkonform dokumentiert.

(DF 27) Herzerkrankung [Übereinstimmungsrate: 93,06 % (496/533)]

An 17 von 33 Standorten (51,5 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 37 von 533 einbezogenen Fällen (6,9 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei unterschiedliche Schlüssel unterschiedlich in die Berechnung eingehen und teilweise andere abhängige Datenfelder auslösen.

In sieben Fällen wurde für die QS fälschlicherweise keine Herzerkrankung angegeben (0 = nein), obgleich in der Patientenakte in einem Fall eine „2 = DCM“ und in sechs Fällen eine „99 = sonstige Herzerkrankung“ festgestellt wurde.

In fünf Fällen wurde für die QS eine Herzerkrankung dokumentiert, jedoch keine in der Patientenakte vermerkt und mit 0 = nein zweiterfasst. In zwei dieser fehdokumentierten Fälle wurde eine „1 = ischämische Kardiomyopathie“, in weiteren zwei Fällen eine „2 = DCM“ und in einem Fall eine „3 = Hypertensive Herzerkrankung“ angegeben. Die weiteren Fehdokumentationen bestanden zwischen den verschiedenen Herzerkrankungen. Am häufigsten (12-mal) wurde für die QS eine dilatative Kardiomyopathie (DCM) (= 2) fehdokumentiert, obwohl in der Patientenakte eine ischämische Kardiomyopathie (= 1) vorlag.

Wenn in DF 27 der Schlüssel „9 = Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)“ gewählt wird, müssen entweder das DF 29.1 oder 29.2 ausgefüllt werden.

(DF 29.1) Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten fünf Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)? [Übereinstimmungsrate: 60,00 % (3/5)]

Dieses Datenfeld wurde in fünf von neun Fällen, für die eine HCM festgestellt wurde, zweiterfasst, da in der Patientenakte eine Angabe zum HCM-Risiko (DF 29.1) vorhanden war. In den übrigen vier Fällen wurde das Datenfeld 29.2 „Risiko für plötzlichen Herztod nicht berechnet“ zweiterfasst. An zwei von fünf Standorten (40,0 %) gab es eine Abweichung bei insgesamt zwei von fünf (40,0 %) einzubeziehenden Fällen, für die eine HCM festgestellt und in der Patientenakte ein Risikowert dokumentiert wurde. Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei für die Erfüllung der Bedingungen einer primärpräventiven ICD-Indikation bei HCM das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb von 5 Jahren $\geq 4\%$ (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner) betragen muss. Oder das Risiko wird nicht berechnet, da der Patient ein Leistungssportler ist oder eine Assoziation mit einer Stoffwechselerkrankung vorliegt (s. DF 29.2).

Die zwei für DF 29.1 fehlerhaften Dokumentationen ergeben sich daraus, dass in einem Fall der Wert nicht übereinstimmte (QS: 8,4 vs. Akte: 8,8) und im zweiten Fall DF 29.2 dokumentiert wurde, obgleich ein Risikowert in der Patientenakte vorlag, nämlich 4,6. Im zweiten Fall wurde der Patient für eine leitlinienkonforme Indikation zuungunsten des Leistungserbringers unterdokumentiert.

(DF 29.2) Risiko für plötzlichen Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) nicht berechnet [Übereinstimmungsrate: 50,00 % (2/4)]

Dieses Datenfeld wurde für vier Fälle an vier Standorten zweiterfasst, da in der Patientenakte keine Angabe zum HCM-Risiko vorlag. Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei für die Erfüllung der Bedingungen einer primärpräventiven ICD-Indikation bei HCM das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb von 5 Jahren $\geq 4\%$ (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner) betragen soll, oder das Risiko wird nicht berechnet, da Leistungssportler oder Assoziation mit Stoffwechselerkrankung vorliegt.

An zwei der vier Standorte (50,0 %) gab es Abweichungen in zwei von vier Fällen (50,0 %). Für einen dieser Fälle wurde fälschlicherweise die Angabe für eine Nichtberechnung nicht vorgenommen und im zweiten fehdokumentierten Fall wurde zwar eine Angabe im DF 29.2 vorgenommen, allerdings lag ein anderer Grund in der Patientenakte vor, als für die QS angegeben wurde (QS: 3 = da Sekundärprävention vs. Akte: 9 = aus anderen Gründen).

Wenn als indikationsbegründetes klinisches Ereignis (DF 22) 1 = Kammerflimmern, 2 = Kammertachykardie anhaltend (> 30 sec) oder 3 = Kammertachykardie nicht anhaltend (≤ 30 sec, aber über drei R-R-Zyklen und HF über 100) angegeben wurde, dann muss DF 30 angegeben werden.

(DF 30) WPW-Syndrom [Übereinstimmungsrate: 91,16 % (165/181)]

An 8 von 33 Standorten (24,2 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 16 von 181 einbezogenen Fällen (8,8 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei für die Erfüllung der Bedingungen zur Sekundärprävention bei Kammerflimmern (= 1) oder Kammertachykardie (= 2, 3) sowie zur Prävention bei dilatativer Kardiomyopathie (DCM) kein WPW-Syndrom vorliegen darf. Die häufigste Fehldokumentation lag aufgrund von Fehldokumentation im Filterfeld (DF 22) vor, für das in zwölf Fällen der falsche Schlüssel gewählt wurde und daher das DF 30 fälschlicherweise für die QS dokumentationspflichtig wurde. Für diese Fälle wurde zur Angabe des WPW-Syndroms = „nein“ für die QS dokumentiert. Da die Fälle in DF 22 fälschlicherweise nicht = 1, 2, 3 waren, war dieses Datenfeld nicht dokumentationspflichtig und die Angaben waren inkorrekt. Diese Fälle sind ggf. fälschlicherweise in den QI eingeflossen. In einem Fall wurde „9 = unbekannt“ für die QS dokumentiert, obgleich aus der Patientenakte hervorging, dass kein WPW-Syndrom vorlag. Ebenso erfolgten für drei weitere Fälle keine Angaben zu diesem Datenfeld, was auf eine Fehldokumentation im Filterfeld zurückgeht, obgleich die Fälle für das DF 30 dokumentationspflichtig waren. Bei diesen drei Fällen lag jedoch kein WPW-Syndrom vor.

Wenn als indikationsbegründetes klinisches Ereignis (DF 22) 1 = Kammerflimmern, 2 = Kammertachykardie anhaltend (> 30 sec) oder 3 = Kammertachykardie nicht anhaltend (≤ 30 sec, aber über drei R-R-Zyklen und HF über 100) angegeben wurde, dann muss DF 31 angegeben werden.

(DF 31) reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie [Übereinstimmungsrate: 89,50 % (162/181)]

An 10 von 33 Standorten (30,3 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 16 von 181 einbezogenen Fällen (10,5 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei für die Indikation Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammertachykardie sowie zur Prävention bei dilatativer Kardiomyopathie (DCM) keine reversiblen oder sicher vermeidbaren Ursachen der Kammertachykardie vorliegen dürfen. Für 15 Fälle, die für die QS fälschlicherweise „nein“ angegeben haben, wurde in 3 Fällen in der Patientenakte „1 = ja“ und in einem Fall „9 = unbekannt“ dokumentiert und damit ggf. zugunsten der Krankenhausstandorte dokumentiert. In 12 Fällen lag die Abweichung aufgrund einer Fehldokumentation im Filterfeld (DF 22) vor, für das der falsche Schlüssel gewählt wurde und daher das DF 31 fälschlicherweise für die QS dokumentationspflichtig wurde (vgl. auch DF 30).

Wenn als indikationsbegründetes klinisches Ereignis (DF 22) 2 = Kammertachykardie anhaltend (> 30 sec) oder 3 = Kammertachykardie nicht anhaltend (≤ 30 sec, aber über drei R-R-Zyklen und HF über 100) angegeben wurde, dann muss DF 32 angegeben werden.

(DF 32) behandelbare idiopathische Kammertachykardie [Übereinstimmungsrate: 80,20 % (81/101)]

An 13 von 33 Standorten (39,4 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 20 von 101 einbezogenen Fällen (19,8 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei für die Indikation Sekundärprävention bei Kammertachykardie keine behandelbare idiopathische Kammertachykardie vorliegen darf.

Für 15 Fälle, die für die QS fälschlicherweise „nein“ angegeben haben, wurde in 4 Fällen in der Patientenakte „ja“ vorgefunden und damit ggf. zugunsten des Leistungserbringers dokumentiert. In den übrigen elf Fällen erfolgte die Abweichung aufgrund von Fehlern im Filterfeld (DF 22), für das fälschlicherweise = 2 oder = 3 dokumentiert wurde und daher das DF 32 fälschlicherweise für die QS dokumentationspflichtig wurde. Der Folgefehler erfolgte auch andersherum, indem im Filterfeld fälschlicherweise nicht = 2 oder = 3 dokumentiert wurde und daher zu DF 32 keine Angabe für die QS erfolgte (n = 5). In drei dieser Fälle lag keine behandelbare idiopathische Kammertachykardie vor (= nein), in einem Fall lag eine vor (1 = ja) und in einem Fall war diese unbekannt (= 9).

Wenn als indikationsbegründetes klinisches Ereignis (DF 22) 3 = Kammertachykardie nicht anhaltend (≤ 30 sec, aber über drei R-R-Zyklen und HF über 100) oder 4 = Synkope ohne EKG-Dokumentation angegeben wurde, dann muss DF 33 angegeben werden.

(DF 33) Kammertachykardie induzierbar [Übereinstimmungsrate: 65,12 % (28/43)]

An 12 von 22 Standorten (54,6 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 15 von 43 einbezogenen Fällen (34,9 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei für die Erfüllung der Indikation zur Sekundärprävention nach Synkope die Kammertachykardie induzierbar (= 2) sein muss.

Dieser Schlüsselwert (2 = ja) wurde in keinem Fall fehldokumentiert.

In fünf Fällen erfolgte die Abweichung aufgrund von Fehlern im Filterfeld (DF 22), für das fälschlicherweise = 3 oder = 4 dokumentiert wurde und daher das DF 33 fälschlicherweise für die QS dokumentationspflichtig wurde. Der Folgefehler erfolgte auch andersherum, indem im Filterfeld fälschlicherweise nicht = 3 oder = 4 dokumentiert wurde und daher zu DF 33 keine Angabe für die QS erfolgte (7-mal). In allen diesen Fällen war aus der Patientenakte die Antwort „programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt“ ersichtlich.

(DF 35) medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung) [Übereinstimmungsrate: 91,93 % (490/533)]

An 15 von 33 Standorten (45,5 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 43 von 533 einbezogenen Fällen (8,1 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet, wobei für die Erfüllung der Bedingungen einer primärpräventiven ICD-Indikation die medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung) seit drei Monaten oder länger vorliegen muss (DF 35 = 2).

In elf Fällen wurde für die QS dokumentiert, dass diese seit drei Monaten oder länger vorläge, obgleich in der Patientenakte in einem Fall keine medikamentöse Herzinsuffizienztherapie dokumentiert wurde und in zehn Fällen eine, die seit weniger als drei Monate anhält. Diese Fälle wurden fälschlicherweise ggf. zugunsten der Leistungserbringer dokumentiert. Andersherum wurde für 15 Fälle bei der Zweiterfassung festgestellt, dass eine seit drei Monaten oder länger anhaltende medikamentöse Herzinsuffizienztherapie dokumentiert war, für die QS in zwei Fällen aber keine (0 = nein) und in dreizehn Fällen eine mit weniger als drei Monaten dokumentiert wurde. Diese Fälle wurden ggf. zuungunsten der Leistungserbringer dokumentiert. In insgesamt zwölf Fällen waren die Angaben für eine medikamentöse Herzinsuffizienztherapie in der Patientenakte „nicht ersichtlich“, weshalb es zu Abweichungen kam. In acht dieser Fälle wurde für die QS dokumentiert, dass dieser länger als drei Monate vorläge, weshalb diese Fälle ggf. zu ihren Gunsten fehldokumentiert wurden. Die übrigen vier Fehldokumentationen gehen auf fehlerhafte Angaben zwischen 0 = nein und 1 = ja seit weniger als drei Monate zurück.

Wenn DF 35 medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung) = 1 (ja, seit weniger als drei Monaten) oder = 2 (ja, seit drei Monaten oder länger) angegeben wurde, dann muss mindestens eins der Datenfelder aus 36.1 bis 36.4 angegeben werden. Für insgesamt n = 493 Fälle traf die Bedingung zur Angabe in den abhängigen Datenfeldern zu (Mehrfachfeld).

(DF 36.1) Betablocker und/oder Ivabradin [Übereinstimmungsrate: 92,90 % (458/493)]

An 17 von 33 Standorten (51,5 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 35 von 493 einbezogenen Fällen (7,1 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ und des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ verwendet. Neben den Indikationen zur Prävention bei katecholaminergem polymorpher ventrikulärer Tachykardie (CPVT) und bei langem QT-Syndrom (LQTS) wird das Datenfeld für die CRT-Indikationen bei permanentem Vorhofflimmern, bei Sinusrhythmus und bei Upgrade verwendet, da als Bedingung für diese CRT-Indikationen mindestens zwei verschiedene Medikamente eingenommen werden müssen (= optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie).

In 12 Fällen wurde die Betablockereinnahme für die QS ggf. den Leistungserbringern zuungunsten unterdokumentiert und in 23 Fällen den Leistungserbringern ggf. zugunsten überdokumentiert.

(DF 36.2) AT-Rezeptor-Blocker/ACE-Hemmer/Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitoren (ARNI) [Übereinstimmungsrate: 93,51 % (461/493)]

An 15 von 33 Standorten (45,5 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 32 von 493 einbezogenen Fällen (6,5 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ und des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ verwendet, da als Bedingung für die CRT-Indikationen bei permanentem Vorhofflimmern, bei Sinusrhythmus und bei Upgrade mindestens zwei verschiedene Medikamente eingenommen werden müssen (= optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie).

In 15 Fällen wurde die Einnahme dieser Medikamentengruppe für die QS ggf. den Leistungserbringern zuungunsten unterdokumentiert und in 17 Fällen den Leistungserbringern ggf. zugunsten überdokumentiert.

(DF 36.3) Diuretika [Übereinstimmungsrate: 89,25 % (440/493)]

An 21 von 33 Standorten (63,6 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 53 von 493 einbezogenen Fällen (10,8 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ und des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ verwendet, da als Bedingung für die CRT-Indikationen bei permanentem Vorhofflimmern, bei Sinusrhythmus und bei Upgrade mindestens zwei verschiedene Medikamente eingenommen werden müssen (= optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie).

In 9 Fällen wurde die Einnahme dieser Medikamentengruppe für die QS ggf. den Leistungserbringern zuungunsten unterdokumentiert und in 44 Fällen den Leistungserbringern ggf. zugunsten überdokumentiert.

(DF 36.4) Aldosteronantagonisten [Übereinstimmungsrate: 81,14 % (400/493)]

An 26 von 33 Standorten (78,8 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 93 von 493 einbezogenen Fällen (18,9 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ und des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ verwendet, da als Bedingung für die CRT-Indikationen bei permanentem Vorhofflimmern, bei Sinusrhythmus und bei Upgrade mindestens zwei verschiedene Medikamente eingenommen werden müssen (= optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie).

In 47 Fällen wurde die Einnahme dieser Medikamentengruppe für die QS ggf. den Leistungserbringern zuungunsten unterdokumentiert und in 46 Fällen den Leistungserbringern ggf. zugunsten überdokumentiert.

(DF 37) voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit [Übereinstimmungsrate: 72,80 % (388/533)]

An 22 von 33 Standorten (66,7 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 145 von 533 einbezogenen Fällen (27,2 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ verwendet, wobei in manchen Fällen eine bestimmte Systemwahl nur leitlinienkonform ist, wenn keine atriale Stimulationsbedürftigkeit vorliegt (Wahl eines VVI- oder VDD-Systems, wenn kein permanentes Vorhofflimmern vorliegt, und Wahl eines S-ICD). Von den 145 fehldokumentierten Fällen waren 113 fehlerhaft aufgrund dessen, dass die Angabe in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ (21,2 %) war. Dies ist eines der Datenfelder mit den häufigsten Angaben von „nicht ersichtlich“. Für 16 der 113 in der Patientenakte „nicht ersichtlichen“ Angaben wurde für die QS dokumentiert, dass eine atriale Stimulationsbedürftigkeit besteht (= ja), und für 97 Fälle wurde angegeben, dass diese nicht besteht (= nein). Alle Angaben waren aus der Patientenakte nicht nachvollziehbar.

Die 32 weiteren Abweichungen ergaben sich aus einer fehlerhaften Zuordnung zwischen ja und nein. In neun Fällen wurde fälschlicherweise in der QS dokumentiert, dass diese nicht vorliegt, obwohl aus der Patientenakte hervorging, dass eine atriale Stimulationsbedürftigkeit vorlag. Der Anteil an unterdokumentierten Fällen laut Patientenakte lag damit bei 12 % (9/75) und war ggf. zugunsten der Leistungserbringer. Für 23 Fälle wurde fälschlicherweise in der QS dokumentiert, dass eine atriale Stimulationsbedürftigkeit vorliegt, obgleich dies nicht der Fall war. Die Überdokumentation in allen Fällen laut Patientenakte lag bei 6,7 % (23/345) und war ggf. zuungunsten der Leistungserbringer.

(DF 38) erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation [Übereinstimmungsrate: 70,92 % (378/533)]

An 24 von 33 Standorten (72,7 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 155 von 533 einbezogenen Fällen (29,1 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ und des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet. Eine hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit wird gemäß den Rechenregeln bei einem erwarteten Anteil $\geq 40\%$ angenommen (= 1: $\geq 95\%$ oder = 2: $\geq 40\%$ bis $< 95\%$). Für die CRT-Indikationen bei permanentem Vorhofflimmern, bei De-novo-Implantation eines CRT und bei Upgrade auf ein CRT gilt eine hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit als eine der Voraussetzungen, während für die Wahl eines S-ICD keine ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit vorliegen darf.

Von den 155 fehldokumentierten Fällen waren 117 fehlerhaft aufgrund dessen, dass die Angabe in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ (21,95 %) war. Dies ist eines der Datenfelder mit den häufigsten Angaben von „nicht ersichtlich“. Für die Fälle, die „nicht ersichtlich“ waren, wurde bei 42 Fällen für die QS dokumentiert, dass sie $\geq 95\%$ war, für 12 Fälle $\geq 40\%$ bis $< 95\%$. Für 63 Fälle, die „nicht ersichtlich“ in der Patientenakte waren, wurde für die QS dokumentiert, dass der erwartete Anteil ventrikulärer Stimulation $< 40\%$ ist.

Die 38 weiteren Abweichungen ergaben sich aus einer fehlerhaften Zuordnung zwischen dem Anteil der erwarteten ventrikulären Stimulation. So wurden in die Kategorien 1 und 2 (alles $\geq 40\%$) 15 Fälle zugeordnet, die gemäß Patientenakte einen Anteil von $< 40\%$ ($= 3$) aufwiesen. Andersherum waren 11 Fälle in Kategorie 3 zugeordnet, obwohl sie einen erwarteten Anteil ventrikulärer Stimulation von $\geq 40\%$ aufwiesen. 12 Abweichungen ergaben sich zwischen Kategorie 1 und 2 und hatten auf den Einbezug in die QIs keinen Einfluss.

(DF 39) Vorhofrhythmus [Übereinstimmungsrate: 87,99 % (469/533)]

An 22 von 33 Standorten (66,7 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 64 von 533 einbezogenen Fällen (12,0 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ mit der Bedingung „2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen“, „4 = permanentes Vorhofflimmern“ oder „5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS)“ und in des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ mit „4 = permanentes Vorhofflimmern“ verwendet. Die Frage, ob ein permanentes Vorhofflimmern vorliegt, ist für die Bestimmung der CRT-Indikation und der Systemwahl entscheidend, während die anderen beiden Schlüsselwerte für die Bestimmung der atrialen Stimulationsbedürftigkeit relevant sind.

Von den 64 fehldokumentierten Fällen waren 4 fehlerhaft aufgrund dessen, dass die Angabe in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ (0,75 %) war. Für acht Fälle wurde eine Normalfrequenz unter Sinusrhythmus angegeben, obgleich in der Patientenakte = 2 oder = 4 festgestellt wurde. Für sieben Fälle wurde = 2 oder = 4 oder = 5 in der Patientenakte festgestellt, obgleich für die QS paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern (= 3) dokumentiert wurde. Andersherum wurde für 17 Fälle = 2, = 4 oder = 5 für die QS dokumentiert, obgleich in der Patientenakte für diese Fälle eine Normalfrequenz unter Sinusrhythmus (= 1) dokumentiert war. Drei weitere Fälle waren = 4 oder = 5 zugeordnet, obgleich in der Patientenakte ein paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern (= 3) festgestellt wurde. Alle anderen Dokumentationsfehler hatten keine Auswirkungen auf die Berechnung der QIs.

(DF 40) AV-Block [Übereinstimmungsrate: 84,42 % (450/533)]

An 28 von 33 Standorten (84,9 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 83 von 533 einbezogenen Fällen (15,6 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ und des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ mit der Bedingung „7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)“ verwendet (da dies für die Bestimmung der CRT-Indikation bei permanentem Vorhofflimmern relevant ist) sowie zur Risikoadjustierung des QI 51186 „Sterblichkeit im Krankenhaus mit der Bedingung“ „3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach“, „4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz“ oder „5 = AV-Block III. Grades“.

Bei insgesamt 533 Fällen gab es keinen Fall mit „AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt) = 7“ und daher keine Relevanz für die QIs 50005 und 50055. In Bezug auf die Risikoadjustierung wurden fünf Fälle in der Kategorie 3, 4 oder 5 für die QS dokumentiert, obgleich in der Patientenakte kein AV-Block ($= 0$) oder nur Grad I festgestellt wurde ($= 1$ und

= 2). Dadurch ergab sich ein falsch-hohes Risikoprofil zugunsten der Leistungserbringer. Ein falsch-niedriges Risikoprofil zuungunsten der Leistungserbringer ergab sich durch drei fehldokumentierte Fälle, für die entweder kein AV-Block (= 0) oder nur Grad I für die QS dokumentiert wurde (= 1 und = 2), obgleich Grad II (= 3) oder Grad III (= 5) vorlag.

Die häufigsten Fehldokumentationen für dieses Datenfeld lagen aber darin, dass kein AV-Block (= 0) für die QS dokumentiert wurde, obwohl in der Patientenakte ein „AV-Block I. Grades, Überleitung ≤ 300 ms (= 1)“ oder der AV-Block „nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmern (= 6)“ vermerkt war. Diese Fehldokumentationen haben allerdings keine Auswirkungen auf die Berechnung der QIs.

(DF 41) intraventrikuläre Leitungsstörungen [Übereinstimmungsrate: 88,37 % (471/533)]

An 23 von 33 Standorten (69,7 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 62 von 533 einbezogenen Fällen (11,6 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ verwendet, davon nur der Schlüsselwert „4 = Linksschenkelblock“, da bei einem Linksschenkelblock in Kombination mit einem QRS-Komplex ≥ 130 ms kein Einkammer- oder Zweikammersystem (anstelle eines CRT-Systems) implantiert werden darf.

Dieser Schlüsselwert wurde für die QS 17-mal fälschlicherweise überdokumentiert, wenn in der Patientenakte eine andere Antwort vorlag oder die Antwort nicht ersichtlich war. In 14 Fällen wurde fälschlicherweise dieser Schlüsselwert für die QS nicht angegeben, obwohl in der Patientenakte ein Linksschenkelblock vorlag.

Wenn intraventrikuläre Leitungsstörungen (DF 41) = 0, 1, 2, 3, 4, 5 und 9, also ungleich 6 (kein Eigenrhythmus), dann muss das Datenfeld 42 ausgefüllt werden.

(DF 42) QRS-Komplex [Übereinstimmungsrate: 89,87 % (470/523)]

An 23 von 33 Standorten (69,7 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 53 von 523 einbezogenen Fällen (10,1 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ und des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ verwendet. Der QRS-Komplex wird v. a. für die Bestimmung der CRT-Indikation bei permanentem Vorhofflimmern und bei Sinusrhythmus verwendet, da hier für eine CRT-Indikation die Dauer des QRS-Komplexes > 120 ms betragen muss (Schlüssel 2–5).

In 26 Fällen wurde für die QS ggf. (je nach implantiertem System) zuungunsten der Leistungserbringer fälschlicherweise ein QRS-Komplex < 120 ms dokumentiert, wenn in der Patientenakte eine höhere Zeit vorlag, die Antwort wegen vorheriger Fehler im Filterfeld gar nicht eingegeben werden musste oder die Antwort nicht ersichtlich war. In sieben Fällen wurde ggf. zugunsten der Leistungserbringer fälschlicherweise ein QRS-Intervall > 120 ms angegeben, obwohl in der Patientenakte ein höheres vorlag.

(DF 44) Operation [Übereinstimmungsrate: 99,06 % (528/533)]

An 5 von 33 Standorten (15,2 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 5 von 533 einbezogenen Fällen (0,94 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ und des QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ (Bestimmung der CRT-Indikation) verwendet, davon nur bestimmte OPS-Kodes, die eine Systemumstellung von Herzschrittmacher auf ein CRT-System betreffen. Es sollten daher in der Zweiterfassung nur diese QI-relevanten OPS-Kodes erfasst werden und es wurde nur zu diesen Codes ein Abgleich gemacht.

Das Datenfeld wird auch für die drei Follow-up-Indikatoren 132000 „Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren“, 132001 „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ und 132002 „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ verwendet, da nur ICD-Erstimplantationen in die Grundgesamtheit der Follow-up-Indikatoren eingehen und somit Systemumstellungen ausgeschlossen werden.

Von den fünf Abweichungen waren vier aufgrund dessen dokumentiert, dass in der Patientenakte diese OPS-Kodes zur Systemumstellung nicht vorhanden waren, während für die QS welche dokumentiert wurden, und in einem Fall wurde der OPS-Kode 5-378.b8 statt 5-378.d5 dokumentiert.

(DF 46) Dauer des Eingriffs [Übereinstimmungsrate: 85,18 % (454/533)]

An 16 von 33 Standorten (48,5 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 79 von 533 einbezogenen Fällen (14,8 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52131 „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ verwendet. Für ein nicht auffälliges Ergebnis soll die Eingriffsdauer bei VVI-Implantation ≤ 60 min, bei DDD oder VDD ≤ 90 min und beim CRT-System ≤ 180 min betragen. Subkutane ICDs und sonstige Systeme werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.

Die Abweichungen schwankten zwischen minus 60 min (Wert in der Patientenakte niedriger als in der QS-Dokumentation) und plus 89 min (Wert in der Patientenakte größer als in der QS-Dokumentation) mit einer mittleren absoluten Abweichung von 18,2 Minuten. Für 20 Fälle ergaben sich Abweichungen aufgrund dessen, dass die Dauer des Eingriffs aus der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war. Von den übrigen 59 Abweichungen waren 7 QI-relevant. In sechs Fällen haben die Leistungserbringer ggf. zu ihren Gunsten eine niedrigere Eingriffsdauer für die QS dokumentiert und einmal ggf. zuungunsten eine höhere.

Es muss entweder DF 47.1, 47.2 oder DF 47.3 ausgefüllt werden:

(DF 47.1) Dosis-Flächen-Produkt [Übereinstimmungsrate: 86,56 % (425/491)]

Dieses Datenfeld wurde bei 491 von 533 Fällen zweiterfasst, da in der Patientenakte eine Angabe zum Dosis-Flächen-Produkt vorgefunden wurde. An 20 von 32 Standorten (62,5 %) gab es

mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 66 von 491 einbezogenen Fällen (13,4 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 131801 „Dosis-Flächen-Produkt“ verwendet. Für ein unauffälliges Ergebnis muss das Dosis-Flächen-Produkt bei Einkammer- (VVI-) und VDD-System unter $1.000 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$, bei Zweikammersystem (DDD) unter $1.700 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$ und bei CRT-System unter $4.900 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$ liegen.

Die Angaben bei den 66 Abweichungen schwankten zwischen $-12.300 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$ (Wert in der Patientenakte niedriger als in der QS-Dokumentation) und $+5.911 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$ (Wert in der Patientenakte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem Mittelwert von $703,73 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$. Neun Abweichungen waren QI-relevant, 5-mal wurde den Leistungserbringern zugunsten eines niedrigeren Wertes (entweder < 1.000 , 1.700 oder $4.900 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$) für die QS dokumentiert, als in der Patientenakte vorlag, und 4-mal wurde den Leistungserbringern zuungunsten für die QS ein höherer Wert (entweder > 1.000 , 1.700 oder $4.900 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$) dokumentiert, als in der Patientenakte vorlag. Da die Angaben zum Dosis-Flächen-Produkt (in $\text{cGy} \times \text{cm}^2$) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 47.2) Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt [Übereinstimmungsrate: 0,00 % (0/27)]

Dieses Datenfeld wurde bei 27 von 533 Fällen zweiterfasst, da in der Patientenakte keine Angabe zum Dosis-Flächen-Produkt vorgefunden wurde. An fünf von fünf Standorten (100,0 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 27 von 27 einbezogenen Fällen (100,0 %). Fälle, bei denen das Dosis-Flächen-Produkt als nicht bekannt angegeben wird, werden im QI 131801 „Dosis-Flächen-Produkt“ auffällig.

Alle 27 Abweichungen traten aufgrund dessen auf, dass für die QS ein Dosis-Flächen-Produkt eingetragen worden ist, obwohl in der Patientenakte keines vorlag. Für diese Fälle wurde also zugunsten der Leistungserbringer dokumentiert.

(DF 47.3) keine Durchleuchtung durchgeführt [Übereinstimmungsrate: 60,00 % (9/15)]

Dieses Datenfeld wurde bei 15 von 533 Fällen zweiterfasst, da aus der Patientenakte ersichtlich war, dass keine Durchleuchtung durchgeführt wurde. An zwei von sieben Standorten (28,6 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 6 von 15 einbezogenen Fällen (40,0 %). Fälle, bei denen keine Durchleuchtung durchgeführt wurde, werden aus der Grundgesamtheit des QI 131801 „Dosis-Flächen-Produkt“ ausgeschlossen.

Alle sechs Abweichungen ergaben sich aufgrund dessen, dass für die QS ein Dosis-Flächen-Produkt eingetragen worden ist, obwohl aus der Patientenakte ersichtlich war, dass keine Durchleuchtung durchgeführt wurde.

(DF 48) System [Übereinstimmungsrate: 98,69 % (526/533)]

An 4 von 33 Standorten (12,1 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 7 von 533 einbezogenen Fällen (1,3 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung folgender Qualitätsindikatoren verwendet: QI 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“, QI 52131 „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“, QI 131801 „Dosis-Flächen-Produkt“, QI 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“, QI 52325 „Sondendislokation oder -dysfunktion“, QI 132003 „Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation“ sowie in die Transparenzkennzahl 131803 „Zugang über die Vena subclavia beim Verschieben der Sonden“.

In einem Fall wurde für die QS ein VDD-System (= 3) angegeben, obgleich in der Patientenakte ein VVI-System dokumentiert wurde (= 1). Für zwei Fälle war in der Patientenakte DDD (= 2) vermerkt, aber für die QS einmal ein CRT-System ohne Vorhofsonde (= 5) angegeben und einmal ein sonstiges System (= 9). In einem weiteren Fall lag gemäß Patientenakte ein CRT-System mit einer Vorhofsonde (= 4) vor, es wurde für die QS aber eins ohne Vorhofsonde vermerkt (= 5).

Die weiteren drei Fehldokumentationen erfolgten in genau umgekehrter Weise, nämlich dass für die QS ein CRT-System mit einer Vorhofsonde (= 4) dokumentiert wurde, gemäß Patientenakte das System aber ohne Vorhofsonde vorlag (= 5).

Sonden: Vorhof

Wenn als System (DF 48) 2 = DDD, 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde angegeben wurde, dann muss DF 50.1 oder 50.2 angegeben werden. Wenn 9 = sonstiges angegeben wurde, dann kann DF 50.1 oder 50.2 angegeben werden.

(DF 50.1) Reizschwelle [Übereinstimmungsrate: 86,25 % (207/240)]

Es lagen in 240 von 287 Fällen mit einer Vorhofsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 12 von 32 Standorten (37,5 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 33 von 240 einbezogenen Fällen (13,7 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ verwendet. Um in diesem QI nicht auffällig zu werden, muss die Reizschwelle der implantierten Vorhofsonde $> 0,0 \text{ V}$ und $\leq 1,5 \text{ V}$ sein.

In zwei Fällen wurde keine Angabe für die QS in diesem Datenfeld vorgenommen, sondern in DF 50.2, obgleich eine Angabe in der Patientenakte vorlag. In fünf weiteren Fällen wurde für die QS wegen Fehler im Filterfeld DF 48 nicht eingetragen. In den übrigen 26 Fällen lagen Abweichungen im dokumentierten Wert für die Reizschwelle vor. Die Angaben schwankten zwischen $-8,7 \text{ V}$ (Wert in der Patientenakte niedriger als in der QS-Dokumentation) und $+0,6 \text{ V}$ (Wert in der Patientenakte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem absoluten Mittelwert von $0,62 \text{ V}$.

Vier Abweichungen waren QI-relevant, einmal wurde ggf. zugunsten der Leistungserbringer ein niedrigerer Wert ($\leq 1,5$ V) für die QS dokumentiert, als in der Patientenakte vorlag, und 3-mal wurde ggf. zuungunsten der Leistungserbringer für die QS ein höherer Wert ($> 1,5$ V) dokumentiert, als in der Patientenakte vorlag. Da die Angaben zur Reizschwelle (in V) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 50.2) Reizschwelle nicht gemessen [Übereinstimmungsrate: 78,72 % (37/47)]

Es lagen in 47 von 287 Fällen mit einer Vorhofsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 5 von 19 Standorten (26,3 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 10 von 47 einbezogenen Fällen (21,3 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ verwendet. Aus der Grundgesamtheit dieser Indikatoren werden Fälle ausgeschlossen, bei denen die Reizschwelle aufgrund eines Vorhofflimmerns nicht gemessen wurde. Wenn die Amplituden aus anderen Gründen nicht gemessen wurden, wird der Fall rechnerisch auffällig.

In neun Fällen ergaben sich Abweichungen aufgrund dessen, dass für die QS eine Reizschwelle eingetragen worden ist, obwohl in der Patientenakte keine vorlag. Bei einem Fall wurde fälschlicherweise „wegen Vorhofflimmerns“ für die QS dokumentiert, obgleich aus der Patientenakte „aus anderen Gründen“ hervorging.

Wenn als System (DF 48) 2 = DDD, 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde angegeben wurde, dann muss DF 51.1 oder 51.2 angegeben werden. Wenn 9 = sonstiges angegeben wurde, dann kann DF 51.1 oder 51.2 angegeben werden.

(DF 51.1) P-Wellen-Amplitude [Übereinstimmungsrate: 78,44 % (211/269)]

Es lagen in 269 von 293 Fällen mit einer Vorhofsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 19 von 32 Standorten (59,4 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 58 von 269 einbezogenen Fällen (21,6 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ verwendet. Um in diesem QI nicht auffällig zu werden, muss die P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV betragen.

In vier Fällen wurde keine Angabe für die QS in diesem Datenfeld vorgenommen, sondern in DF 51.2, obgleich eine Angabe in der Patientenakte vorlag. In sechs Fällen wurde für die QS wegen Fehldokumentationen im Filterfeld in DF 48 nichts eingetragen. In den übrigen 48 Fällen lagen Abweichungen im dokumentierten Wert für die P-Wellen-Amplitude vor. Die Angaben schwankten zwischen $-9,4$ mV (Wert in der Patientenakte niedriger als in der QS-Dokumentation) und $+32,4$ mV (Wert in der Patientenakte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem absoluten Mittelwert von 1,66 mV.

Drei Abweichungen waren QI-relevant, 2-mal wurde ggf. zugunsten der Leistungserbringer ein höherer Wert ($\geq 1,5$ mV) für die QS dokumentiert, als in der Patientenakte vorlag, und einmal wurde ggf. zuungunsten der Leistungserbringer für die QS ein niedrigerer Wert ($< 1,5$ mV) dokumentiert, als in der Patientenakte vorlag. Da die Angaben zur P-Wellen-Amplitude (in mV) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 51.2) P-Wellen-Amplitude nicht gemessen [Übereinstimmungsrate: 54,17 % (13/24)]

Es lagen in 24 von 293 Fällen mit einer Vorhofsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An vier von zehn Standorten (40,0 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 24 einbezogenen Fällen (45,8 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ verwendet. Aus der Grundgesamtheit dieser Indikatoren werden Fälle ausgeschlossen, bei denen die P-Wellen-Amplitude aufgrund eines Vorhofflimmerns oder bei fehlendem Vorhofoigenrhythmus nicht gemessen wurde. Wenn die Amplituden aus anderen Gründen nicht gemessen wurden, wird der Fall rechnerisch auffällig.

Alle elf Abweichungen ergaben sich aufgrund dessen, dass für die QS eine P-Wellen-Amplitude dokumentiert wurde, obwohl in der Patientenakte keine vorlag.

Sonden: Ventrikel – rechtsventrikuläre Sonde

Wenn als System (DF 48) = 1, 2, 3, 4, 5, also alles außer 6 = subkutane ICD, angegeben wurde, dann muss DF 53.1 oder 53.2 sowie 54.1 oder 54.2 angegeben werden. Bei = 9 kann DF 53.1 oder 53.2 sowie 54.1 oder 54.2 angegeben werden.

(DF 53.1) Reizschwelle [Übereinstimmungsrate: 88,82 % (445/501)]

Es lagen in 501 von 516 Fällen mit einer rechtsventrikulären Sonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 20 von 33 Standorten (60,6 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 56 von 501 einbezogenen Fällen (11,2 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ verwendet. Um in diesem QI nicht auffällig zu werden, muss die Reizschwelle der implantierten rechtsventrikulären Sonde $> 0,0$ V und $\leq 1,0$ V sein.

Bei den 56 Fällen mit Abweichungen schwankten die Angaben zwischen $-8,25$ V (Wert in der Patientenakte niedriger als in der QS-Dokumentation) und $+1,3$ V (Wert in der Patientenakte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem absoluten Mittelwert von $0,52$ V.

Vier Abweichungen waren QI-relevant, 2-mal wurde ggf. zugunsten der Leistungserbringer ein niedrigerer Wert ($\leq 1,0$ V) für die QS dokumentiert, als in der Patientenakte vorlag, und 2-mal ggf. zuungunsten dieser für die QS ein höherer Wert ($> 1,0$ V) dokumentiert, als in der Patientenakte vorlag. Da die Angaben zur Reizschwelle (in V) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 53.2) Reizschwelle nicht gemessen [Übereinstimmungsrate: 0,00 % (0/15)]

Es lagen in 15 von 516 Fällen mit einer rechtsventrikulären Sonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An fünf von fünf Standorten (100,0 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 15 von 15 einbezogenen Fällen (100,0 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ verwendet. Wenn die Reizschwelle nicht gemessen wurde, wird der Fall rechnerisch auffällig.

Die 15 Fälle mit Abweichungen lagen daran, dass für die QS eine Reizschwelle dokumentiert worden ist, obwohl in der Patientenakte keine vorlag.

(DF 54.1) R-Amplitude [Übereinstimmungsrate: 78,23 % (388/496)]

Es lagen in 496 von 516 Fällen mit einer rechtsventrikulären Sonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 26 von 33 Standorten (78,8 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 108 von 496 einbezogenen Fällen (21,8 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ verwendet. Um in diesem QI nicht auffällig zu werden, muss die R-Wellen-Amplitude bei rechtsventrikulären Sonden 4,0 mV bis 30,0 mV betragen.

In einem Fall wurde keine Angabe für die QS in diesem Datenfeld vorgenommen, sondern in DF 54.2, obgleich eine Angabe in der Patientenakte vorlag. In den übrigen 107 Fällen lagen Abweichungen im dokumentierten Wert für die R-Wellen-Amplitude vor. Die Angaben schwankten zwischen -20 mV (Wert in der Patientenakte niedriger als in der QS-Dokumentation) und +11,4 mV (Wert in der Patientenakte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem absoluten Mittelwert von 2,74 mV.

Drei Abweichungen waren QI-relevant, einmal wurde ggf. zugunsten der Leistungserbringer ein niedrigerer Wert ($\leq 30,0$ mV) für die QS dokumentiert, als in der Patientenakte vorlag, und 2-mal wurde ggf. zuungunsten derer für die QS ein niedrigerer Wert ($< 4,0$ mV) vermerkt, als in der Patientenakte vorlag. Da die Angaben zur R-Wellen-Amplitude (in mV) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 54.2) R-Amplitude nicht gemessen [Übereinstimmungsrate: 25,00 % (5/20)]

Es lagen in 20 von 516 Fällen mit einer rechtsventrikulären Sonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An fünf von sieben Standorten (71,4 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 15 von 20 einbezogenen Fällen (75,0 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ verwendet. Aus der Grundgesamtheit dieses Indikators werden Fälle ausgeschlossen, bei denen die R-Wellen-Amplitude bei fehlendem Eigenrhythmus nicht gemessen wurde. Wenn die Amplitude aus anderen Gründen nicht gemessen wurde, wird der Fall rechnerisch auffällig.

Alle fünf Abweichungen ergaben sich aufgrund dessen, dass für die QS eine R-Wellen-Amplitude dokumentiert wurde, obgleich in der Patientenakte keine vorlag.

Sonden: Ventrikel – linksventrikuläre Sonde

**Wenn als System (DF 48) = 4 oder 5 angegeben wurde, dann muss DF 55 angegeben werden.
Wenn = 9, dann kann DF 55 angegeben werden.**

(DF 55) Linksventrikuläre Sonde aktiv? [Übereinstimmungsrate: 98,90 % (180/182)]

An einem von 31 Standorten (3,23 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 2 von 182 einbezogenen Fällen (1,10 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 132003 „Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation“ verwendet. Fälle, bei denen ein CRT-System implantiert wurde und bei Entlassung keine aktive linksventrikuläre Sonde vorhanden ist, werden auffällig.

Eine Abweichung entstand aufgrund von Fehldokumentationen im Filterfeld (DF 48). Für die QS wurde in dem Fall „1 = ja“ dokumentiert, in der Zweiterfassung jedoch nichts eingetragen, da dazu keine Angabe in der Patientenakte vorlag. Bei der anderen Abweichung hat der Leistungserbringer ggf. zu seinen Ungunsten „2 = nein“ dokumentiert, obgleich aus der Patientenakte eine aktive Sonde ersichtlich war.

Wenn die linksventrikuläre Sonde aktiv ist (DF 55 = 1), dann muss DF 56 oder DF 57 angegeben werden.

(DF 56) Reizschwelle [Übereinstimmungsrate: 83,43 % (141/169)]

Es lagen in 169 von 179 Fällen mit einer linksventrikulären Sonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 12 von 30 Standorten (40,0 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 28 von 169 einbezogenen Fällen (16,6 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52321 „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (Auswertungsmodul *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel*) verwendet. Um in diesem QI nicht auffällig zu werden, muss die Reizschwelle der implantierten linksventrikulären Sonde intraoperativ gemessen worden sein.

Eine Abweichung gab es aufgrund eines Fehlers im Filterfeld (DF 55), weswegen für die QS nichts dokumentiert wurde, da die Filterbedingung nicht zutraf. Für die übrigen 27 Abweichungen schwankten die Angaben zwischen -1,2 V (Wert in der Patientenakte niedriger als in der QS-Dokumentation) und +34,2 V (Wert in der Patientenakte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem absoluten Mittelwert von 1,69 V.

(DF 57) Reizschwelle nicht gemessen [Übereinstimmungsrate: 0,00 % (0/10)]

Es lagen in 10 von 179 Fällen mit einer linksventrikulären Sonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An fünf von fünf Standorten (100,0 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf zehn von zehn einbezogenen Fällen (100,0 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52321 „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ verwendet. Wenn die Reizschwelle nicht gemessen wurde, wird der Fall rechnerisch auffällig.

In einem Fall entstand eine Abweichung aufgrund dessen, dass die Datenfelder zur Reizschwelle der linksventrikulären Sonde nicht zweiterfasst wurden, für die QS jedoch dokumentiert worden sind, aufgrund von Fehldokumentationen im Filterfeld. Für die übrigen neun Fälle ist für die QS eine Reizschwelle dokumentiert worden, obgleich in der Patientenakte keine vermerkt war.

(DF 58) peri- bzw. postoperative Komplikation(en) [Übereinstimmungsrate: 98,12 % (523/533)]

An 10 von 33 Standorten (30,3 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 10 von 533 einbezogenen Fällen (1,9 %). Dieses Datenfeld wird als Filterfeld für die Angabe von Komplikationen mit der Bedingung = ja (Komplikationen liegen vor) benötigt. Die jeweiligen Komplikationen werden für die Berechnung der QIs 131802 „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)“ und 52325 „Sondendislokation oder -dysfunktion“ benötigt. Die Komplikationen „kardiopulmonale Reanimation“, „interventionspflichtiger Pneumothorax“, „interventionspflichtiger Hämatothorax“, „interventionspflichtiger Perikarderguss“, „interventionspflichtiges Taschenhämatom“, „postoperative Wundinfektion“ und „sonstige interventionspflichtige Komplikation“ werden im QI 131802 berücksichtigt. Die Komplikationen „revisionsbedürftige Sondendislokation“ und „revisionsbedürftige Sondendysfunktion“ werden im QI 52325 berücksichtigt.

In acht fehldokumentierten Fällen wurde für die QS angegeben, dass keine Komplikationen vorliegen, obgleich in der Patientenakte peri- bzw. postoperative Komplikationen und damit ggf. zugunsten der Leistungserbringer dokumentiert waren. Von allen gemäß Patientenakte vorhandenen Komplikationen beträgt der Anteil der Unterdokumentation damit 50 % (8/16). Insgesamt lagen für 18 Fälle Komplikationen in der QS vor, da in 2 Fällen Komplikationen angegeben wurden, obgleich keine in der Patientenakte vorhanden waren.

Insgesamt können neun mögliche Komplikationen in den nachfolgenden abhängigen Feldern angegeben werden. Komplikationsfelder mit einer 100%-Übereinstimmung werden nachfolgend nicht aufgeführt.

Wenn peri- bzw. postoperative Komplikation(en) vorliegen (DF 58 = 1), dann muss mindestens eins der Datenfelder aus 59.1 bis 59.9 angegeben werden. Für insgesamt n = 18 Fälle traf die Bedingung zur Angabe in den abhängigen Datenfeldern zu.

(DF 59.2) interventionspflichtiger Pneumothorax [Übereinstimmungsrate: 94,44 % (17/18)]

An einem von 17 Standorten (5,9 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte bei einem von 18 einbezogenen Fällen (5,6 %). In dem fehldokumentierten Fall wurde das Vorliegen eines interventionspflichtigen Pneumothorax fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert und da ein Pneumothorax insgesamt nur zweimal vorlag, wurde zu insgesamt 50,0 % unterdokumentiert (n = 1/2).

(DF 59.3) interventionspflichtiger Hämatothorax [Übereinstimmungsrate: 94,44 % (17/18)]

An einem von 17 Standorten (5,9 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte bei einem von 18 einbezogenen Fällen (5,6 %). In dem fehldokumentierten Fall wurde das Vorliegen eines interventionspflichtigen Hämatothorax fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert und da ein Hämatothorax nur in diesem Fall vorlag, wurde zu 100 % unterdokumentiert (n = 1/1).

(DF 59.5) interventionspflichtiges Taschenhämatom [Übereinstimmungsrate: 94,44 % (17/18)]

An einem von 17 Standorten (5,9 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte bei einem von 18 einbezogenen Fällen (5,6 %). In dem fehldokumentierten Fall wurde ein interventionspflichtiges Taschenhämatom fälschlicherweise für die QS dokumentiert, obgleich diese Komplikation nicht in der Patientenakte dokumentiert war, und damit zu 5,9 % überdokumentiert.

(DF 59.6) revisionsbedürftige Sondendislokation [Übereinstimmungsrate: 77,78 % (14/18)]

In 4 von 18 Fällen (22,2 %) wurde das Vorliegen einer revisionsbedürftigen Sondendislokation an 4 von 17 Standorten (23,5 %) fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert. Der Anteil der Unterdokumentation an allen Fällen mit einer revisionsbedürftigen Sondendislokation gemäß Patientenakte liegt bei 57,14 % (4/7).

(DF 59.9) sonstige interventionspflichtige Komplikation [Übereinstimmungsrate: 83,33 % (15/18)]

In 3 von 18 Fällen (16,7 %) wurde das Vorliegen einer revisionsbedürftigen Sondendislokation an 3 von 17 Standorten (17,7 %) fehldokumentiert. In zwei Fällen wurde fälschlicherweise nicht für die QS angegeben, dass eine sonstige interventionspflichtige Komplikation in der Patientenakte dokumentiert war. Der Anteil der Unterdokumentation in allen Fällen mit dieser Komplikation gemäß Patientenakte liegt bei 66,7 % (2/3). In einem Fall wurde diese Komplikation fälschlicherweise für die QS dokumentiert, obgleich diese in der Patientenakte nicht vorlag, und damit überdokumentiert (6,7 % in n = 1/15).

(DF 63) Entlassungsgrund [Übereinstimmungsrate: 99,81 % (532/533)]

An einem von 33 Standorten (3,0 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in einem von 533 einbezogenen Fällen (0,2 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 51186 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ verwendet. Des Weiteren wird dieses Datenfeld für die Follow-up-Indikatoren 132000 „Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren“, 132001 „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ und 132002 „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ verwendet, da Patientinnen und Patienten, die noch während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind, aus der Grundgesamtheit dieser QI ausgeschlossen werden. Die Entlassungsgründe wurden für die Zweiterfassung in die Kategorien „lebend entlassen“ (alle Schlüssel außer 07) und „verstorben“ (Schlüssel 07) dichotomisiert. In dem fehdokumentierten Fall wurde fälschlicherweise für die QS angegeben, dass der Patient verstorben sei, obgleich in der Patientenakte der Fall als lebend entlassen dokumentiert wurde. Hierdurch wurde der Fall ggf. zuungunsten des Leistungserbringers fälschlicherweise in den Zähler des QI 51186 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ einbezogen.

(DF EF) Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren [Übereinstimmungsrate: 99,44 % (530/533)]

An 2 von 33 Standorten (6,1 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 3 von 533 einbezogenen Fällen (0,6 %). Dieses Datenfeld ist ein berechnetes Exportfeld aus den Datenfeldern „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“, die nicht an das IQTIG übermittelt werden, und geht als linearer Effekt von 40 bis 90 Jahren in die Risikoadjustierung des QI 51186 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ ein. Die Altersspanne der Patienten lag zwischen 27 und 91 Jahren. In den drei fehlerhaft dokumentierten Fällen waren die Patienten jeweils ein Jahr älter gemäß Patientenakte, als für die QS dokumentiert wurde, mit einem Alter zwischen 66 und 70 Jahren.

4.1.3 Maßnahmen und Rückmeldung der auf Landesebene beauftragten Stellen

Mit den Krankenhausstandorten wurden durch die meisten Prüfinstitutionen (LQS oder MD) Einzelanalysen fallbezogen mit den Verantwortlichen der Standorte in einem ausführlichen Abschlussgespräch besprochen oder (z. T. auch zusätzlich) in einem Feedbackbericht schriftlich mitgeteilt. In diesen Gesprächen wurden häufig auch geeignete Maßnahmen besprochen, die zukünftig eine korrekte Erfassung sicherstellen sollen. Wenn nötig wurde von den entsprechenden Krankenhausstandorten zugesichert, die Prüfungsergebnisse intern zu Schulungszwecken zu kommunizieren und zukünftig auf eine korrekte Erfassung und Dokumentation hinzuwirken.

In Bezug auf den Abgleich mit einzelnen Datenfeldern wurde festgestellt, dass manche Übereinstimmungsraten niedrig waren. Insbesondere Datenfelder zu den *EKG-Befunden* hatten hohe Abweichungen zu verzeichnen, die daraus resultieren würden, dass z. T. mehrere EKG-Befunde vorgelegen haben.

Ebenso wurde erwähnt, dass die *linksventrikuläre Ejektionsfraktion* (in %) und die R-Amplitude (in mV) mehrfach gemessen wurde, sodass ebenfalls mehrere unterschiedliche Werte vorlagen. Den Krankenhausstandorten wurde empfohlen, zukünftig festzulegen, aus welchem Referenzdokument die Werte zu dokumentieren sind, um die Dokumentationsqualität zu verbessern.

Auch in Bezug auf die *P-Wellen-Amplitude* (in mV) traten häufiger Abweichungen in der Hinsicht auf, dass für die QS dokumentiert wurde, diese seien nicht vorhanden, obgleich der Wert aus der Patientenakte ersichtlich war. Es wurde seitens der Krankenhausstandorte erwähnt, dass nicht immer klar gewesen sei, wo der entsprechende Wert in der Patientenakte zu finden ist.

Hinsichtlich der *ASA-Klassifikation* wurden ebenfalls häufiger Abweichungen seitens der Prüfer festgestellt mit dem Verweis an die Krankenhausstandorte, zukünftig auf eine vollständige und korrekte Dokumentation zu achten.

Hintergründe zu Abweichungen in anderen Datenfeldern wurden in den Berichten der LQS nicht erwähnt, außer dass es sich häufig um Einzelfälle gehandelt habe oder diese durch Schreib- oder Rundungsfehler entstanden seien. Die Krankenhäuser wurden z. T. darauf hingewiesen, dass ungenaue Angaben in den geprüften Datenfeldern Einfluss auf die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren haben und ggf. zur rechnerischen Auffälligkeit führen können, sodass das Qualitätsziel nicht erreicht wird.

Eine LQS berichtete bspw., dass an einem Krankenhausstandort die QS-Dokumentation zukünftig durch den Qualitätsmanagementbeauftragten oder die Qualitätsmanagementbeauftragte in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Kardiologen und Kardiologinnen erfolgen werde. Die Prüfinstitution hat ebenfalls angeregt, einen QS-verantwortlichen Arzt oder eine QS-verantwortliche Ärztin zu benennen, um die Dokumentationsqualität zu verbessern, ebenso wie die Möglichkeit, unterjährige Auswertung der QS-Daten zu nutzen, um Dokumentationsfehler zu vermeiden.

Eine andere LQS berichtete auch, dass sie über Newsletter/Informationsveranstaltungen der Geschäftsstelle regelmäßig auch alle nicht durch ein Stichprobenverfahren geprüften Krankenhäuser über relevante Ergebnisse aus den Prüfungen informieren und so die Erkenntnisse weitergeben.

Insgesamt wurde die Datenvalidierung vor Ort als gute Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch beschrieben. Dabei können Dokumentations- und Verständnisprobleme sowie softwarebedingte Fehlerquellen besprochen werden. Systematische oder beabsichtigte Beeinflussung der Dokumentation sei nicht erkennbar gewesen. Zusätzlich wurde auch erwähnt, dass das Verfahrenelement der Stichprobenüberprüfung vor Ort in hohem Maße geeignet sei, die grundsätzlichen Dokumentationsprozesse der Einrichtungen im betroffenen Leistungsbereich (aber auch leistungsbereichsübergreifend) zu betrachten, inhaltlichen wie methodischen Verbesserungsbedarf des QS-Verfahrens an sich zu identifizieren sowie den Servicegedanken der Geschäftsstelle in die Häuser zu tragen.

4.2 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)

Es wurden insgesamt 67 Datenfelder des Erhebungsbogens *Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)* zur Überprüfung im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ausgewählt und vom G-BA beschlossen (G-BA 2020b).

4.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden 28 Krankenhausstandorte und 317 Fälle gezogen. Durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der auf Landesebene beauftragten Stellen wurden jedoch nur 22 Krankenhausstandorte datenvalidiert. Zwei Bundesländer haben das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 mit insgesamt fünf zu prüfenden Krankenhausstandorten im Modul 09/6 nicht durchgeführt. Ein Krankenhausstandort war im Modul 09/6 aufgrund technischer Probleme nicht validierbar. An zwei Standorten war jeweils ein Fall nicht validierbar. Ein Reservefall konnte an diesen Standorten aufgrund aller zur Überprüfung einbezogenen Fälle nicht herangezogen werden.

Deshalb vermindert sich die Stichprobe von 317 auf 271 Fälle, für die nachfolgend die Ergebnisse beschrieben werden.

Tabelle 7 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und geprüften Fälle je Bundesland dar, die in das Stichprobenverfahren ursprünglich einbezogen wurden, sowie diejenigen, die tatsächlich überprüft wurden.

Tabelle 7: Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6): Stichprobenumfang je Bundesland

| Bundesland | Gezogene Krankenhausstandorte | Gezogene Fälle (Anzahl) | Überprüfte Krankenhausstandorte | Überprüfte Fälle (Reservefälle) |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Baden-Württemberg (BW) | 3 | 36 | 3 | 35* (3)** |
| Bayern (BA) | 3 | 30 | – | – |
| Berlin (BE) | 1 | 20 | 1 | 20 (1)** |
| Brandenburg (BB) | 1 | 16 | 1 | 16* (0) |
| Bremen (HB) | 1 | 9 | 1 | 9* (0) |
| Hamburg (HH) | 1 | 14 | 1 | 14* (0) |
| Hessen (HE) | 2 | 16 | 2 | 16* (0) |
| Mecklenburg-Vorpommern (MV) | 1 | 8 | 1 | 8* (0) |
| Niedersachsen (NI) | 2 | 31 | 2 | 31* (10) |
| Nordrhein-Westfalen (NW) | Nordrhein (NO) | 3 | 3 | 33* (10) |
| | Westfalen-Lippe (WE) | 3 | 3 | 40* (8)** |
| Rheinland-Pfalz (RP) | 2 | 8 | – | – |
| Saarland (SL) | 1 | 14 | 1 | 14* (0) |
| Sachsen-Anhalt (ST) | 1 | 15 | 1 | 15* (0) |
| Sachsen (SN) | 1 | 8 | 1 | 8* (0) |
| Schleswig-Holstein (SH) | 1 | 12 | 1 | 12* (0) |
| Thüringen (TH) | 1 | 6 | 0 | 0 (0) |
| Gesamt | 28 | 317 | 22 | 271 |

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

** Standorte mit nicht exakt 10 Reservefällen

4.2.2 Ergebnisse zu den jeweiligen Datenfeldern

Die gewichtete bundesweite Übereinstimmungsrate über alle einbezogenen Datenfelder und Krankenhausstandorte hinweg lag bei 92,22 %.⁶ Die niedrigste Übereinstimmung für dieses geprüfte QS-Verfahren lag bei einem Standort mit 75,42 % und die höchste Übereinstimmungsrate bei einem Standort mit 99,38 %.⁷ Eine komplett fehlerfreie Übereinstimmungsrate erfolgte an keinem Standort.

Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern über alle Krankenhausstandorte. Die Kreuztabellen mit Detailangaben zu den Ergebnissen der Zweiterfassung für jedes Datenfeld sind dem Anhang Abschnitt 2.2 zu entnehmen. Alle Datenfelder mit Dokumentationsfehlern werden hinsichtlich des Ausmaßes der Abweichungen sowie deren möglichen Einflusses auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Risikoadjustierung beschrieben. Datenfelder mit einer 100%igen Übereinstimmung werden nicht gesondert beschrieben, sondern können der Tabelle 8 entnommen werden.

Gegebenenfalls wird, anders als in der Tabelle dargestellt, bei der Beschreibung der Datenfelder von der Reihenfolge des Dokumentationsbogens aufgrund inhaltlicher Zusammenhänge abgewichen.

Tabelle 8: Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6): Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2021 (EJ 2020)

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
|--|---|------------------------------|
| (DF 14) Einstufung nach ASA-Klassifikation | 52,40 % | 142/271 |
| (DF 15) Indikation zum Eingriff am Aggregat | 90,04 % | 244/271 |
| (DF 16) Taschenproblem | 95,94 % | 260/271 |
| (DF 17) Sondenproblem | 97,42 % | 264/271 |
| (DF 19) Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff | 92,25 % | 250/271 |
| (DF 21) aktives System (nach dem Eingriff) | 98,89 % | 268/271 |
| <i>ICD-Aggregat</i> | | |
| (DF 22) Art des Vorgehens | 88,93 % | 241/271 |

⁶ Hierbei handelt es sich um eine statistische Schätzung der Übereinstimmungsrate bezogen auf alle für die Auswertung genutzten Fälle aller Krankenhausstandorte aus den Ergebnissen der Stichprobenüberprüfung. Dabei wird die Fallzahl der einzelnen Standorte berücksichtigt: Das Ergebnis von Standorten mit vielen Fällen wird höher gewichtet als das von Standorten mit wenigen Fällen im Auswertungsmodul. Für nähere Erläuterungen siehe Abschnitt 2.1 IQTIG (2020b).

⁷ Die Übereinstimmungsraten enthalten bereits Ausschlüsse von Datenfeldern und Fallzahlgewichtungen, vgl. Abschnitt 4.3.

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
|---|---|------------------------------|
| ➤ (DF 25.1) Aggregat: Jahr der Implantation | 82,22 % | 222/270 |
| ➤ (DF 25.2) Jahr der Implantation nicht bekannt | 0,00 % | 0/1 |
| <i>Sonden: Vorhof</i> | | |
| ➔ (DF 26) Art des Vorgehens | 95,57 % | 259/271 |
| ➤ (DF 27) Problem | 89,25 % | 83/93 |
| ➤ (DF 28) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde | 89,47 % | 51/57 |
| ➤ (DF 29.1) Reizschwelle | 81,38 % | 118/145 |
| ➤ (DF 29.2) Reizschwelle nicht gemessen | 66,67 % | 30/45 |
| ➤ (DF 30.1) P-Wellen-Amplitude | 78,92 % | 131/166 |
| ➤ (DF 30.2) P-Wellen-Amplitude nicht gemessen | 44,44 % | 12/27 |
| <i>Sonden: Ventrikel – Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde</i> | | |
| ➔ (DF 31) Art des Vorgehens | 96,68 % | 262/271 |
| ➤ (DF 32) Problem | 88,06 % | 118/134 |
| ➤ (DF 33) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde | 95,49 % | 127/133 |
| ➤ (DF 34) Position | 86,00 % | 215/250 |
| ➤ (DF 35.1) Reizschwelle | 89,91 % | 205/228 |
| ➤ (DF 35.2) Reizschwelle nicht gemessen | 33,33 % | 5/15 |
| ➤ (DF 36.1) R-Amplitude | 79,81 % | 170/213 |
| ➤ (DF 36.2) R-Amplitude nicht gemessen | 75,00 % | 21/28 |
| <i>Sonden: Ventrikel – Zweite Ventrikelsonde</i> | | |
| ➔ (DF 37) Art des Vorgehens | 95,94 % | 260/271 |
| ➤ (DF 38) Problem | 87,78 % | 79/90 |

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
|--|---|------------------------------|
| ➤ (DF 39) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde | 85,19 % | 23/27 |
| ➤ (DF 40) Position | 82,86 % | 116/140 |
| ➤ (DF 41.1) Reizschwelle | 81,15 % | 99/122 |
| ➤ (DF 41.2) Reizschwelle nicht gemessen | 21,43 % | 3/14 |
| ➤ (DF 42.1) R-Amplitude | 0,00 % | 0/2 |
| ➤ (DF 42.2) R-Amplitude nicht gemessen | 50,00 % | 1/2 |
| <i>Sonden: Ventrikel – Dritte Ventrikelsonde</i> | | |
| ➔ (DF 43) Art des Vorgehens | 99,26 % | 269/271 |
| ➤ (DF 44) Problem | 66,67 % | 2/3 |
| ➤ (DF 45) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde | 50,00 % | 1/2 |
| ➤ (DF 46) Position | 100,00 % | 4/4 |
| ➤ (DF 47.1) Reizschwelle | 100,00 % | 1/1 |
| ➤ (DF 47.2) Reizschwelle nicht gemessen | 33,33 % | 1/3 |
| ➤ (DF 48.1) R-Amplitude | <i>trifft nicht zu</i> | 0/0 |
| ➤ (DF 48.2) R-Amplitude nicht gemessen | <i>trifft nicht zu</i> | 0/0 |
| <i>Sonden: Andere Defibrillationssonde(n)</i> | | |
| ➔ (DF 49) Art des Vorgehens | 97,05 % | 263/271 |
| ➤ (DF 50) Problem | 40,00 % | 4/10 |
| ➤ (DF 51) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n) | 57,14 % | 4/7 |
| (DF 52) peri- bzw. postoperative Komplikation(en) | 99,63 % | 270/271 |
| ➤ (DF 53.1) kardiopulmonale Reanimation | 75,00 % | 3/4 |
| ➤ (DF 53.2) interventionspflichtiger Pneumothorax | 100,00 % | 4/4 |
| ➤ (DF 53.3) interventionspflichtiger Hämatothorax | 100,00 % | 4/4 |

| Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2020) | Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte) | Anzahl einbezogener Fälle |
|--|---|------------------------------|
| ➤ (DF 53.4) interventionspflichtiger Perikarderguss | 100,00 % | 4/4 |
| ➤ (DF 53.5) interventionspflichtiges Taschenhämatom | 100,00 % | 4/4 |
| ➤ (DF 53.6) revisionsbedürftige Sondendislokation | 100,00 % | 4/4 |
| ➤ (DF 53.7) revisionsbedürftige Sondendysfunktion | 75,00 % | 3/4 |
| ➤ (DF 53.8) postoperative Wundinfektion | 100,00 % | 4/4 |
| ➤ (DF 53.9) sonstige interventionspflichtige Komplikation | 75,00 % | 3/4 |
| ➤ (DF 54.1) Sondendislokation der Vorhofsonde | <i>trifft nicht zu</i> | 0/0 |
| ➤ (DF 54.2) Sondendislokation der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde | <i>trifft nicht zu</i> | 0/0 |
| ➤ (DF 54.3) Sondendislokation der zweiten Ventrikelsonde | <i>trifft nicht zu</i> | 0/0 |
| ➤ (DF 54.4) Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde | <i>trifft nicht zu</i> | 0/0 |
| ➤ (DF 54.5) Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n) | <i>trifft nicht zu</i> | 0/0 |
| ➤ (DF 55.1) Sondendysfunktion der Vorhofsonde | 100,00 % | 2/2 |
| ➤ (DF 55.2) Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde | 50,00 % | 1/2 |
| ➤ (DF 55.3) Sondendysfunktion der zweiten Ventrikelsonde | 100,00 % | 2/2 |
| ➤ (DF 55.4) Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde | 100,00 % | 2/2 |
| ➤ (DF 55.5) Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n) | 100,00 % | 2/2 |
| (DF 57) Entlassungsgrund | 100,00 % | 271/271 |
| (DF EF) Quartal der Operation | 99,63 % | 270/271 |

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

* Die Entlassungsgründe wurden in die Kategorien „99 = lebend“ (alle Schlüssel außer 07) und „07 = verstorben“ (Schlüssel 07) dichotomisiert

(DF 14) Einstufung nach ASA-Klassifikation [Übereinstimmungsrate: 52,40 % (142/271)]

An 14 von 22 Standorten (63,6 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 129 von 271 einbezogenen Fällen (47,6 %). Davon ergaben sich in 117 Fällen Abweichungen aufgrund dessen, dass die ASA-Klassifikation in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war, was einen Anteil von 43,2 % der Abweichungen ausmacht. Dies ist damit das Datenfeld, für das am häufigsten die Angaben in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ waren unter allen Datenfeldern, die in diesem Auswertungsmodul datenvalidiert wurden, sowie auch dasjenige „Muss-Feld“ mit der höchsten Abweichungsrate insgesamt.

Dieses Datenfeld hat mit den Ausprägungen ASA 3 und ASA 4 Einfluss auf die Risikoadjustierung des QI 51196 „Sterblichkeit im Krankenhaus“. Sind Patientinnen und Patienten fälschlicherweise gesünder für die QS dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch-niedrigen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann sich somit zuungunsten der Leistungserbringer im Bereich der Qualitätseinschätzung auswirken.

Eine falsch-niedrige Einstufung erfolgte in insgesamt zehn von zwölf Fällen mit einer fehlerhaften ASA-Angabe (sechs Fälle: QS = ASA 2 vs. Akte = ASA 3 und vier Fälle: QS = ASA 3 vs. Akte = ASA 4). Der umgekehrte Effekt tritt ein, wenn Patientinnen und Patienten für die QS kränker im Vergleich zur Patientenakte dokumentiert werden. Eine falsch-hohe Einstufung erfolgte insgesamt in zwei von zwölf Fällen mit einer fehlerhaften ASA-Angabe, die sich damit ggf. zuungunsten der Standorte auswirken (QS = ASA 4 vs. Akte = ASA 3).

Problematisch ist die hohe Anzahl der Angaben, die nicht aus der Patientenakte nachvollzogen werden können („nicht ersichtlich“). Somit kann nicht geschlussfolgert werden, ob es ggf. zu einem falsch-höheren Risikoprofil zugunsten oder falsch-niedrigeren Risikoprofil zuungunsten der Standorte gekommen wäre. Einige Zweiterfasser haben zu diesem Datenfeld im Tool kommentiert, dass bei der Operation kein Anästhesist anwesend war.

(DF 15) Indikation zum Eingriff am Aggregat [Übereinstimmungsrate: 90,04 % (244/271)]

An 13 von 22 Standorten (59,1 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 27 von 271 einbezogenen Fällen (9,96 %). Dieses Datenfeld wird zur Berechnung des QI 132000 „Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren“ im Modul 09/4 verwendet. Einbezogen werden die Schlüsselwerte „Fehlfunktion/Rückruf = 3“ und „sonstige aggregatbezogene Indikation = 9“. Diese Schlüsselwerte wurden in acht

Fällen fälschlicherweise für die QS dokumentiert und damit ggf. zuungunsten der Leistungserbringer, da in der Patientenakte andere Indikationen vorlagen. In zwei Fällen wurde ggf. zugunsten der Leistungserbringer dokumentiert, da die Indikationen „Fehlfunktion/Rückruf“ und eine „sonstige aggregatbezogene Indikation“ in der Patientenakte dokumentiert waren, jedoch nicht für die QS angegeben wurden.

(DF 16) Taschenproblem [Übereinstimmungsrate: 95,94 % (260/271)]

An 7 von 22 Standorten (31,8 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 271 einbezogenen Fällen (4,1 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung der Indikatoren 132001 „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (Schlüsselwerte: „Taschenhämatom“ und „sonstiges Taschenproblem“) und 132002 „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (Schlüsselwerte „Aggregatperforation“ und „Infektion“) im Modul 09/4 verwendet.

Die Schlüsselwerte: „Taschenhämatom = 1“ und „sonstiges Taschenproblem = 9“ wurden in fünf Fällen fälschlicherweise für die QS dokumentiert, obgleich in der Patientenakte „kein Taschenproblem“ und damit ggf. zuungunsten der Leistungserbringer dokumentiert wurde.

In drei Fällen wurde fälschlicherweise für die QS „kein Taschenproblem“ dokumentiert, obgleich in der Patientenakte ein Taschenhämatom in einem Fall und ein sonstiges Taschenhämatom in zwei Fällen ersichtlich war. Damit haben die Leistungserbringer in diesen Fällen ggf. zu ihren Gunsten die Probleme unterdokumentiert.

In zwei fehdokumentierten Fällen wurde statt dieser Schlüsselwerte (= 1 und = 9) fälschlicherweise eine „Aggregatperforation = 2“ für die QS dokumentiert. Die Fälle wurden daher fälschlicherweise nicht im QI 132001, sondern im QI 132002 als Komplikationen gezählt und führten zudem zu einem höheren Risikoprofil im QI 51196 „Sterblichkeit im Krankenhaus“.

Dieses Datenfeld wird für die Risikoadjustierung des QI 51196 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ mit den Schlüsselwerten „Aggregatperforation = 2“ und „Infektion = 3“ verwendet. Sind diese Werte fälschlicherweise für die QS dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch hohen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann sich somit zugunsten der Leistungserbringer im Bereich der Qualitätseinschätzung auswirken.

Eine falsche Dokumentation dieser Werte für die QS erfolgte in insgesamt drei von elf Fällen. Eine fehlerhafte Angabe erfolgte in zwei Fällen mit einer „Aggregatperforation = 2“, s. o., und in einem Fall mit einer „Infektion = 3“.

(DF 17) Sondenproblem [Übereinstimmungsrate: 97,42 % (264/271)]

An 6 von 22 Standorten (27,3 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 7 von 271 einbezogenen Fällen (2,6 %). Dieses Datenfeld dient als Filterfeld für die Plausibilisierung weiterer Datenfelder und geht nicht in die Berechnung eines Qualitätsindikators ein. Wenn ein Sondenproblem vorliegt (Sondenproblem = ja), dann muss mindestens zu einem der Datenfelder „Problem“ eine Angabe

gemacht werden. Von den sieben fehldokumentierten Fällen wurde in drei Fällen fälschlicherweise nicht für die QS angegeben, dass ein Sondenproblem vorliegt, und in vier Fällen fälschlicherweise für die QS dokumentiert, dass ein Sondenproblem vorliegt, obgleich gemäß Patientenakte kein Problem vorlag. Der Anteil an unterdokumentierten Sondenproblemen gemäß Patientenakte liegt damit bei 1,8 % (3/171) und der Anteil an überdokumentierten Sondenproblemen bei 4,0 % (4/100).

(DF 19) Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff [Übereinstimmungsrate: 92,25 % (250/271)]

An 8 von 22 Standorten (36,4 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 21 von 271 einbezogenen Fälle (7,8 %). Davon ergaben sich in zwei Fällen Abweichungen aufgrund dessen, dass der Ort der letzten ICD-OP in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war.

Dieses Datenfeld wird für die Berechnung der Indikatoren 132000 „Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren“, 132001 „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ und 132002 „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ im Modul 09/4 verwendet. Die Folgeeingriffe aus dem Modul 09/6 werden nur dann für die Indikatorenberechnung herangezogen, wenn die letzte ICD-OP „stationär (= 1 oder = 2)“ durchgeführt wurde.

In einem Fall wurde für die QS fälschlicherweise ein „stationersetzender/ambulanter Eingriff (= 3)“ dokumentiert, obgleich in der Patientenakte ein stationärer Eingriff (= 1) dokumentiert wurde. Dieser Folgeeingriff wurde daher nicht für die o. g. QI berücksichtigt und ggf. zugunsten des Leistungserbringers dokumentiert. Die übrigen fehldokumentierten Fälle lagen an einer fehlerhaften Zuordnung zwischen der „stationär eigenen Institution“ und einer „stationär anderen Institution“ und hatten keine Auswirkungen auf den Einbezug in die QIs.

(DF 21) aktives System (nach dem Eingriff) [Übereinstimmungsrate: 98,89 % (268/271)]

An 2 von 22 Standorten (9,1 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 3 von 271 einbezogenen Fällen (1,1 %). Dieses Datenfeld wird für die Berechnung der Indikatoren 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ im Modul 09/4 und 52321 „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ im Modul 09/5 verwendet, wenn das aktive System nicht ein VDD-System ist. Dieses Datenfeld ist zudem als Filterfeld für die nachfolgenden sondenspezifischen Datenfelder relevant.

Von den drei Abweichungen wurde einmal für die QS ein DDD-System angegeben, wenn in der Akte ein VDD vorlag. In zwei Fällen wurde kein aktives System für die QS dokumentiert (0 = keines (Explantation oder Stilllegung)), obgleich in der Patientenakte einmal ein CRT-System mit Vorhofsonde (= 4) und einmal eins ohne Vorhofsonde (= 5) dokumentiert war.

(DF 22) Art des Vorgehens, ICD-Aggregat [Übereinstimmungsrate: 88,93 % (241/271)]

An 15 von 22 Standorten (68,2 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 30 von 271 einbezogenen Fällen (11,1 %). Dieses Datenfeld, das die Art des Vorgehens zum ICD-Aggregat abfragt, wird als Filterfeld für weitere Datenfelder (DF 23, 24, 25.1 und 25.2) verwendet und geht nicht in die Berechnung von Indikatoren ein.

In 20 Fällen wurde in der Patientenakte ein „Wechsel = 2“ vorgefunden, obgleich für die QS eine andere Art des Vorgehens dokumentiert wurde, wie z. B. Explantation. Für vier Fälle wurde eine Art des Vorgehens für die QS dokumentiert, obgleich in der Patientenakte „kein Eingriff am Aggregat“ vermerkt war. In drei Fällen gab es Fehldokumentationen in Bezug auf die Art des Vorgehens, obgleich in der Patientenakte „Aggregat-Explantation und Implantation eines neuen Aggregats kontralateral = 3“ dokumentiert war und in weiteren drei Fällen wurde gemäß Patientenakt eine „Aggregatverlagerung = 4“ festgestellt, für die in der QS aber „kein Eingriff am Aggregat = 1“ angegeben wurde.

Wenn als Art des Vorgehens (DF 22) = 1, 2, 3, 4, 5, 9 (also nicht = 0 Aggregat nicht vorhanden) angegeben wurde, dann muss entweder DF 25.1 oder DF 25.2 ausgefüllt werden.

Die Grundgesamtheit der Fälle bei zusammenhängenden Datenfeldern (es darf nur eins angegeben werden) weicht jeweils um die Fälle ab, für die bei der Datenvalidierung eine Angabe in dem ein oder anderen Feld in der Akte vorlag, da nicht beide zusammengehörenden Felder gleichzeitig ausgefüllt werden können (also z. B. ein Wert für Jahr der Implantation und eine Eintragung als „nicht bekannt“ ist ausgeschlossen).

(DF 25.1) Aggregat: Jahr der Implantation [Übereinstimmungsrate: 82,22 % (222/270)]

Dieses Datenfeld wurde in 270 von 271 Fällen zweiterfasst, da in der Patientenakte eine Angabe zum Jahr der Implantation vorhanden war. An 17 von 22 Standorten (77,3 %) gab es bei mindestens einem Fall Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 48 von 270 einbezogenen Fällen (17,8 %). Die QIs (52328, 52001, 52002), für die dieses Datenfeld verwendet wurde, wurden zum EJ 2019 durch die Follow-up-QIs ersetzt und das Datenfeld wird seit dem EJ 2019 nicht mehr für die Indikatorenberechnung verwendet. Es wird zum EJ 2022 gestrichen.

(DF 25.2) Jahr der Implantation nicht bekannt [Übereinstimmungsrate: 0,00 % (0/1)]

Nur zu einem Fall wurden Angaben für dieses Datenfeld zweiterfasst, da in der Akte keine Angabe zum Jahr der Implantation gefunden werden konnte. Für diesen Fall wurde fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation zu DF 25.1 vorgenommen, obgleich in der Patientenakte kein Jahr der Implantation dokumentiert wurde. Die QIs (52328, 52001, 52002), für die dieses Datenfeld verwendet wurde, wurden zum EJ 2019 durch die Follow-up-QIs ersetzt und das Datenfeld wird zum EJ 2019 nicht mehr für die Indikatorenberechnung verwendet. Es wird zum EJ 2022 gestrichen.

Datenfelder zur Art des Vorgehens bei Sonden (DF 26, 31, 37, 43, 49)

Diese Datenfelder werden für die Berechnung der Indikatoren 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ im Modul 09/4, 52321 „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ im Modul 09/5 und 52324 „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ im Modul 09/6 verwendet.

Wenn die Sonde „neu implantiert“ oder „neu platziert“ wurde, dann werden die Messwerte für die Berechnung des QI 52316 verwendet. Wenn eine „Reparatur“, „Sonstiges“ oder „kein Eingriff an der Sonde“ durchgeführt wurde, dann werden die Messwerte für die Berechnung des QI 52321 verwendet. Für den QI 52324 werden alle Fälle berücksichtigt, bei denen ein Eingriff außer „Explantation“ oder „Stilllegung“ durchgeführt wurde.

(DF 26) Art des Vorgehens, Sonden: Vorhof [Übereinstimmungsrate: 95,57 % (259/271)]

Das Datenfeld zur Art des Vorgehens (DF 26) muss nur ausgefüllt werden, wenn im DF 21 „aktives System (nach dem Eingriff)“ die Kategorien „2 = DDD“, „3 = VDD“ oder „4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde“ angegeben wurden. Das Datenfeld wurde jedoch nicht nur in diesen Fällen dokumentiert, sondern freiwillig auch für andere Fälle (keine harte Plausibilitätsregel, die das Ausfüllen verhindert), weshalb alle 271 Fälle ausgewertet werden. Dabei wurden Fälle ohne Angabe für die QS-Dokumentation und bei keiner Angabe in der Patientenakte als Übereinstimmung gewertet, die in 61 Fällen erfolgte.

An 8 von 22 Standorten (36,4 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 12 von 271 einbezogenen Fälle (4,4 %). Eine „Stilllegung“ und „Explantation“ wurden stets richtig dokumentiert.

In zwei Fällen wurde für die QS „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert, obgleich in der Patientenakte eine „Neuimplantation“ vorlag. Für weitere zwei Fälle, für die eine „Neuimplantation“ in der Patientenakte festgestellt wurde, wurde aufgrund eines Folgefehlers für die QS keine Angabe gemacht. Diese Fälle sind daher fälschlicherweise in den QI 52321 und nicht in den QI 52316 eingegangen. Für fünf weitere Fälle wurde in der Patientenakte festgestellt, dass „kein Eingriff an der Sonde“ vorlag, aber für die QS einmal eine „Neuimplantation“ und einmal eine Neuplatzierung“ und 3-mal aufgrund eines Folgefehlers „keine Angabe“ für die QS dokumentiert wurde. Zwei dieser Fälle sind daher fälschlicherweise in den QI 52316 eingegangen und alle fünf Fälle fälschlicherweise nicht im QI 52321 berücksichtigt worden. Die übrigen drei Fehldokumentationen hatten keine Auswirkungen.

(DF 31) Art des Vorgehens, Sonden: Ventrikel – Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde [Übereinstimmungsrate: 96,69 % (262/271)]

Das Datenfeld zur Art des Vorgehens (DF 31) ist ein unabhängiges Kann-Feld ohne harte Plausibilitätsregeln und kann freiwillig auch für andere Fälle angegeben werden, weshalb alle 271 Fälle ausgewertet werden. Dabei wurden Fälle ohne Angabe für die QS-Dokumentation und bei keiner Angabe in der Patientenakte als Übereinstimmung gewertet, die in vier Fällen erfolgte.

An 7 von 22 Standorten (31,8 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 9 von 271 einbezogenen Fällen (3,3 %). Eine „Explantation“ wurde stets richtig dokumentiert.

In einem Fall wurde eine „Stilllegung der gesamten Sonde“ in der Patientenakte vermerkt, für die QS aber eine „Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde“ angegeben, weshalb dieser Fall fälschlicherweise in den QI 52324 einbezogen wurde. Andersherum wurde in drei Fällen eine „Stilllegung der gesamten Sonde“ für die QS dokumentiert, obgleich in der Patientenakte eine „Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde“ dokumentiert war. Daher wurden diese Fälle ggf. fälschlicherweise nicht in die QIs 52316 und 52324 einbezogen. Auch nicht einbezogen in diese QI wurden zwei weitere Fälle, für die „kein Eingriff an der Sonde“ für die QS dokumentiert wurde, obgleich in der Akte eine Neuimplantation vermerkt war. Beide wurden ggf. fälschlicherweise in den QI 52321 einbezogen. Die übrigen zwei Fehldokumentationen hatten keine Auswirkungen.

(DF 37) Art des Vorgehens, Sonden: Ventrikel – Zweite Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 95,94 % (260/271)]

Das Datenfeld zur Art des Vorgehens (DF 37) muss nur ausgefüllt werden, wenn im DF 21 „aktives System (nach dem Eingriff)“ die Kategorien „4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde“ oder „5 = CRT-System ohne Vorhofsonde“ angegeben wurden. Das Datenfeld wurde jedoch nicht nur in diesen Fällen dokumentiert, sondern freiwillig auch für andere Fälle (keine harte Plausibilitätsregel, die das Ausfüllen verhindert), weshalb alle 271 Fälle ausgewertet werden. Dabei wurden Fälle ohne Angabe für die QS-Dokumentation und bei keiner Angabe in der Patientenakte als Übereinstimmung gewertet, die in 126 Fällen erfolgte.

An 8 von 22 Standorten (36,4 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 271 einbezogenen Fällen (4,1 %). Da es bereits zwei Fehldokumentationen in Bezug auf diese beiden Kategorien im DF 21 gab, erfolgen für diese Fälle an dieser Stelle Folgefehler in der Art (vgl. DF 21), dass für die QS zu diesen Fällen bei DF 37 keine Angabe gemacht wurde, in der Patientenakte aber eine Neuimplantation (= 3) festgestellt wurde. Diese Fälle sind daher fälschlicherweise ggf. nicht in den QI 52316 und den QI 52324 eingegangen.

In vier Fällen wurde für die QS „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert, obgleich in der Patientenakte eine „Neuimplantation“ und eine „Neuplatzierung“ vorlagen. Für zwei Fälle wurden keine Angaben in der Patientenakte gefunden, da dieses Datenfeld für das entsprechende System nicht dokumentationspflichtig war. Dieses Problem erfolgte in noch zwei weiteren Fällen, für die in der Patientenakte keine Informationen zur Art des Vorgehens vorgelegen haben, weil ein anderes System als = 4 oder = 5 angegeben wurde, für die QS wurde in den beiden Fällen aber einmal eine „Neuimplantation“ und einmal eine „Stilllegung“ dokumentiert. Der Fall mit „Neuimplantation“ geht ggf. fälschlicherweise in den QI 52316 und ggf. fälschlicherweise in den QI 52324 ein.

In zwei weiteren Fällen erfolgte eine Fehldokumentation zwischen der Art der Neuimplantation und Neuplatzierung, welche jedoch keine Auswirkungen auf die Berechnung der QIs hatte. In einem anderen Fall wurde für die QS keine Angabe gemacht, bei der Zweiterfassung für die zweite Ventrikelsonde aber festgestellt, dass kein Eingriff an dieser erfolgt ist.

(DF 43) Art des Vorgehens, Sonden: Ventrikel – Dritte Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 99,26 % (269/271)]

Dieses Datenfeld zur Art des Vorgehens ist ein unabhängiges Kann-Feld ohne harte Plausibilitätsregeln und kann freiwillig auch für andere Fälle angegeben werden, weshalb alle 271 Fälle ausgewertet werden. Dabei wurden Fälle ohne Angabe für die QS-Dokumentation und bei keiner Angabe in der Patientenakte als Übereinstimmung gewertet, die in 266 Fällen erfolgte.

An einem von 22 Standorten (4,6 %) gab es in zwei Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. In beiden Fällen wurde in der Patientenakte „kein Eingriff an der Sonde“ festgestellt. Für die QS wurde allerdings in einem Fall „Explantation“ dokumentiert, wodurch der Fall fälschlicherweise ggf. nicht in den QI 52321 einbezogen wurde. Im anderen Fall wurde für die QS keine Angabe gemacht, bei der Zweiterfassung für die dritte Ventrikelsonde aber festgestellt, dass kein Eingriff an dieser erfolgt ist. Dieser Fall wurde somit ebenfalls fälschlicherweise ggf. nicht in den QI 52321 einbezogen.

(DF 49) Art des Vorgehens, Sonden: Andere Defibrillationssonde(n) [Übereinstimmungsrate: 97,05 % (263/271)]

Dieses Datenfeld zur Art des Vorgehens ist ein unabhängiges Kann-Feld ohne harte Plausibilitätsregeln und kann freiwillig auch für andere Fälle angegeben werden, weshalb alle 271 Fälle ausgewertet werden. Dabei wurden Fälle ohne Angabe für die QS-Dokumentation und bei keiner Angabe in der Patientenakte als Übereinstimmung gewertet, die in 259 Fällen erfolgte. Das Datenfeld wurde nur 12-mal entweder für die QS oder in der Zweiterfassung dokumentiert. Dieses Datenfeld wird nur für die Berechnung des QI 52324 „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ im Modul 09/6 verwendet, davon alle Schlüsselwerte außer „6 = Explantation“, „7 = Stilllegung“ und „0 = kein Eingriff an der Sonde“.

An 5 von 22 Standorten (22,7 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 8 von 271 einbezogenen Fällen (2,95 %). In sieben dieser Fälle wurde das Datenfeld für die QS nicht ausgefüllt, obwohl eine andere Defibrillationssonde in der Patientenakte vorlag, da das Datenfeld zweiterfasst wurde. Davon war die Abweichung in vier Fällen potenziell QI-relevant, da in der Akte „3 = Neuimplantation zusätzlich“, „4 = Neuplatzierung“ oder „99 = sonstiges“ dokumentiert wurde und die Fälle also fälschlicherweise nicht im QI 52324 berücksichtigt worden sind. In einem Fall wurde für die QS „Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde“ dokumentiert, das Datenfeld wurde jedoch nicht zweiterfasst. In diesem Fall wurde für die QS überdokumentiert und der Fall fälschlicherweise im QI berücksichtigt.

Datenfelder zum Problem (DF 27, 32, 38, 50)

Wenn als Art des Vorgehens (DF 26, 31, 37, 49) an der entsprechenden Sonde ein Eingriff angegeben wurde (alle Schlüsselwerte außer „0 = kein Eingriff an der Sonde“), dann muss ein Problem zur entsprechenden Sonde angegeben werden.

Diese Datenfelder werden für die Berechnung der Indikatoren 132000 „Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren“, 132001 „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ und 132002 „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ im Modul 09/4 verwendet.

Jeder der möglichen Schlüsselwerte wird für die Berechnung eines dieser Indikatoren verwendet, außer „0 = Systemumstellung“ sowie „ineffektive Defibrillation“ und „wachstumsbedingte Sondenrevision“.

Diese Datenfelder werden ebenso für die Risikoadjustierung des QI 51196 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ mit dem Schlüsselwert „Infektion“ verwendet. Ist dieser Wert fälschlicherweise für die QS dokumentiert, führt die Fehldokumentation zu einem falsch-hohen Risikoprofil der betrachteten Patientengruppe und kann sich somit zugunsten der Klinik im Bereich der Qualitätseinschätzung auswirken.

(DF 27) Problem, Sonden: Vorhof [Übereinstimmungsrate: 89,25 % (83/93)]

An 9 von 21 Standorten (42,9 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 10 von 93 einbezogenen Fällen (10,8 %).

Eine falsche Dokumentation des Schlüsselwertes „Infektion = 8“ für die QS, der für die Risikoadjustierung verwendet wird, erfolgte nur in einem Fall, wodurch es ggf. zu einem falsch-hohen Risikoprofil des Leistungserbringers gekommen ist. Für diesen Fall wurde in der Patientenakte eine „Myokardperforation = 9“ vermerkt. In keinem Fall wurde eine „Infektion“ für die QS fälschlicherweise nicht dokumentiert. In einem Fall wurde in der Patientenakte eine „Systemumstellung = 0“ vermerkt, aber für die QS angegeben, dass ein „sonstiges“ Problem vorläge, wodurch dieser Fall ggf. fälschlicherweise in den QI 132001 einbezogen wurde. Andererseits wurde für die QS einmal eine „0 = Systemumstellung“ gewählt, in der Akte jedoch eine „7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg“ vorlag, wodurch der Fall fälschlicherweise nicht in den QI 132001 einbezogen wurde. In einem weiteren Fall, für den in der QS „keine Angabe“ gemacht wurde, ist in der Patientenakte ein Sondenbruch/Isolationsdefekt festgestellt worden. Dieser Fall wurde ggf. nicht in den QI 132000 bzw. den QI 132001 einbezogen. Andersherum wurden in der Patientenakte für zwei Fälle keine Angaben zu Problemen in der Patientenakte vermerkt, aber in der QS einmal „Dislokation“ und einmal „Sondenbruch/Isolationsdefekt“ dokumentiert. Diese Fälle werden ggf. fälschlicherweise in die QIs 132000 und 132001 einbezogen. Die übrigen Fehldokumentationen lagen u. a. in der Zuordnung des Problems und hatten keine Auswirkungen auf die Einbeziehung in die QIs.

(DF 32) Problem, Sonden: Ventrikel – Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde [Übereinstimmungsrate: 88,06 % (118/134)]

An 10 von 22 Standorten (45,5 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 16 von 134 einbezogenen Fällen (11,9 %).

Eine falsche Dokumentation des Schlüsselwertes „Infektion = 8“ für die QS, der für die Risikoadjustierung verwendet wird, erfolgte in keinem Fall. Ebenso in keinem Fall wurde dieser Wert für die QS fälschlicherweise nicht dokumentiert.

In zwei Fällen wurde für die QS „keine Angabe“ vorgenommen, obgleich in der Patientenakte eine „Dislokation = 1“ und ein „Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg = 7“ vermerkt war. Die zwei Fälle, zu denen für die QS keine Angabe vorgenommen wurde, werden somit ggf. fälschlicherweise nicht in den QI 132001 einbezogen. Die übrigen Fehldokumentationen lagen in der Zuordnung des Problems und hatten keine Auswirkungen auf die Einbeziehung in die QIs.

(DF 38) Problem, Sonden: Ventrikel – Zweite Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 87,78 % (79/90)]

An 7 von 21 Standorten (33,3 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 11 von 90 einbezogenen Fälle (12,2 %). Zwei von diesen Abweichungen entstanden aufgrund von keiner Angabe oder einer fehlerhaften Angabe im Filterfeld „Art des Vorgehens“.

Eine falsche Dokumentation des Schlüsselwertes „Infektion = 8“ für die QS, der für die Risikoadjustierung verwendet wird, erfolgte in keinem Fall. Ebenso in keinem Fall wurde dieser Wert für die QS fälschlicherweise nicht dokumentiert.

In vier Fällen wurde für die QS „keine Angabe“ vorgenommen, obgleich in der Patientenakte 2-mal eine „Systemumstellung = 0“, in einem Fall eine „Dislokation = 1“ und in einem Fall „sonstiges = 99“ vermerkt war. Die letzten beiden Fälle, zu denen für die QS keine Angabe vorgenommen wurde, werden ggf. nicht in den QI 132001 einbezogen. Die übrigen Fehldokumentationen lagen in der Zuordnung des Problems und hatten keine Auswirkungen auf die Einbeziehung in die QIs.

(DF 44) Problem, Sonden: Ventrikel – Dritte Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 66,67 % (2/3)]

An einem von zwei Standorten (50,0 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 1 von 3 einbezogenen Fällen (33,3 %). Diese Abweichung entstand aufgrund von einer fehlerhaften Angabe im Filterfeld „Art des Vorgehens“.

(DF 50) Problem, Sonden: Ventrikel – Andere Defibrillationssonde(n) [Übereinstimmungsrate: 40,00 % (4/10)]

An vier von sieben Standorten (57,1 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf sechs von zehn einbezogenen Fällen (60,0 %). Alle Abweichungen entstanden aufgrund von keiner Angabe oder einer fehlerhaften Angabe im Filterfeld „Art des Vorgehens“.

Eine falsche Dokumentation des Schlüsselwertes „Infektion = 8“ für die QS, der für die Risikoadjustierung verwendet wird, erfolgte in keinem Fall. Ebenso in keinem Fall wurde dieser Wert für die QS fälschlicherweise nicht dokumentiert.

(DF 28, 33, 39, 51) Datenfelder zum Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Sonde

Wenn als Art des Vorgehens bei der entsprechenden Sonde ein Eingriff an der alten Sonde angegeben wird (alle Schlüsselwerte außer „0 = kein Eingriff an der Sonde“ und „3 = Neuimplantation zusätzlich“), muss der Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Sonde angegeben werden.

Diese Datenfelder, die bis zum EJ 2018 für die Berechnung der Indikatoren 52328 „Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff“, 52001 „Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ und 52002 „Infektion als Indikation zum Folgeeingriff“ im Modul 09/6 verwendet wurden, wurden seit dem EJ 2019 nicht mehr für Indikatorenberechnung verwendet und werden zum EJ 2022 gestrichen, da die entsprechenden Indikatoren zum EJ 2021 durch die Follow-up-QIs (132000, 132001 und 132002) im Modul 09/4 ersetzt wurden.

(DF 28) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde [Übereinstimmungsrate: 89,47 % (51/57)]

An 4 von 19 Standorten (21,1 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 6 von 57 einbezogenen Fällen (10,5 %).

(DF 33) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde [Übereinstimmungsrate: 95,49 % (127/133)]

An 5 von 22 Standorten (22,7 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 6 von 133 einbezogenen Fällen (4,5 %).

(DF 39) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 85,19 % (23/27)]

An 3 von 13 Standorten (23,1 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 4 von 27 einbezogenen Fällen (14,8 %).

(DF 45) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 50,00 % (1/2)]

An einem von zwei Standorten (50,0 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 1 von 2 einbezogenen Fällen (50,0 %).

(DF 51) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n) [Übereinstimmungsrate: 57,14 % (4/7)]

An drei von sechs Standorten (50,0 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf drei von sieben einbezogenen Fällen (42,9 %).

Datenfelder zur Reizschwelle (DF 29.1, 35.1, 41.1, 47.1) und Reizschwelle nicht gemessen (DF 29.2, 35.2, 41.2, 47.2)

Diese Datenfelder werden für die Berechnung der Indikatoren 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ im Modul 09/4 und 52321 „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ im Modul 09/5 verwendet. Aus der Grundgesamtheit dieser Indikatoren werden Fälle ausgeschlossen, bei denen die Reizschwelle aufgrund eines Vorhofflimmerns oder bei separater Pace/Sense-Sonde nicht gemessen wurde. Wenn die Amplituden aus anderen Gründen nicht gemessen wurden, wird der Fall rechnerisch auffällig. Es muss bei entsprechend erfüllter Bedingung jeweils entweder das Datenfeld „Reizschwelle“ oder „Reizschwelle nicht gemessen“ ausgefüllt werden.

Um im QI 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ im Modul 09/4 nicht auffällig zu werden, muss die Reizschwelle der implantierten Vorhofsonde $> 0,0 \text{ V}$ und $\leq 1,5 \text{ V}$ sein und der Ventrikelsonde $> 0,0 \text{ V}$ und $\leq 1,0 \text{ V}$. Für den QI 52321 „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ im Modul 09/5 zählt nur das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein der Messung. Bei neu implantierten und neu platzierten Sonden gehen die Fälle in den QI 52316 ein, die übrigen Fälle gehen in den QI 52321 ein.

(DF 29.1) Reizschwelle, Sonden: Vorhof [Übereinstimmungsrate: 81,38 % (118/145)]

Wenn im DF 21 „aktives System (nach dem Eingriff)“ nicht ein VDD angegeben wird und im DF 26 „Art des Vorgehens“ an der Vorhofsonde keine Explantation oder Stilllegung angegeben wird, dann muss entweder DF 29.1 oder 29.2 ausgefüllt werden.

Es lagen in 118 von 190 Fällen mit einer Vorhofsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 13 von 22 Standorten (59,1 %) gab es bei mindestens einem Fall Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 27 von 145 einbezogenen Fällen (18,6 %).

In vier Fällen ergab sich die Abweichung aufgrund dessen, dass für die QS zu diesem Datenfeld keine Angabe gemacht worden ist, da eine Angabe für die QS entweder in DF 29.2 erfolgte oder keine aufgrund einer fehlerhaften Angabe im Filterfeld, obgleich eine Angabe in der Patientenakte vorlag. In den übrigen 23 Fällen lagen Abweichungen im dokumentierten Wert für die Reizschwelle vor. Die Angaben schwankten zwischen $-5,6$ V (Wert in der Akte niedriger als in der QS-Dokumentation) und $+1$ V (Wert in der Akte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem absoluten Mittelwert von $0,74$ V. Dabei wurde in drei Fällen ggf. zuungunsten der Leistungserbringer ein Wert $> 1,5$ V für die QS dokumentiert, da in der Patientenakte ein niedrigerer Wert vorlag, und in einem Fall zugunsten der Leistungserbringer, da für die QS ein Wert $\leq 1,5$ V dokumentiert wurde, in der Akte jedoch ein höherer Wert vorlag. Da die Angaben zur Reizschwelle (in V) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 29.2) Reizschwelle nicht gemessen, Sonden: Vorhof [Übereinstimmungsrate: 66,67 % (30/45)]

Es lagen in 45 von 190 Fällen mit einer Vorhofsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 6 der 17 Standorte (35,3 %) gab es Abweichungen in 15 von 45 Fällen (33,3 %). Für elf dieser Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation zu DF 29.1 vorgenommen, obgleich in der Patientenakte keine Reizschwelle dokumentiert wurde. In drei Fällen wurden die Datenfelder zur Reizschwelle als Folgefehler gar nicht angegeben, und in einem Fall war die Abweichung aufgrund vom Fehler im Filterfeld.

(DF 35.1) Reizschwelle, Sonden: Ventrikel – Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde [Übereinstimmungsrate: 89,91 % (205/228)]

Wenn im DF 31 „Art des Vorgehens“ an der ersten Ventrikelsonde keine Explantation oder Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde oder der gesamten Sonde angegeben wird, dann muss entweder DF 35.1 oder 35.2 ausgefüllt werden.

Es lagen in 228 von 243 Fällen mit einer ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 13 von 22 Standorten (59,1 %) gab es bei mindestens einem Fall Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 23 von 228 einbezogenen Fällen (10,1 %).

In vier Fällen ergab sich die Abweichung aufgrund dessen, dass für die QS zu diesem Datenfeld keine Angabe gemacht worden ist, obgleich eine Angabe in der Patientenakte vorlag und in einem Fall war die Abweichung aufgrund von Fehler im Filterfeld. In den übrigen 18 Fällen lagen Abweichungen im dokumentierten Wert für die Reizschwelle vor. Die Angaben schwankten zwischen $-0,7$ V (Wert in der Akte niedriger als in der QS-Dokumentation) und $+20$ V (Wert in der Akte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem Mittelwert von $1,98$ V. Dabei wurde in einem Fall ggf. zuungunsten der Leistungserbringer ein Wert $> 1,0$ V für die QS dokumentiert, wenn in der Patientenakte ein niedrigerer Wert vorlag, und in sieben Fällen ggf. zugunsten der Leistungserbringer, da für die QS ein Wert $\leq 1,0$ V dokumentiert wurde, in der Akte jedoch ein höherer Wert vorlag. Da die Angaben zur Reizschwelle (in V) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 35.2) Reizschwelle nicht gemessen, Sonden: Ventrikel – Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde [Übereinstimmungsrate: 33,33 % (5/15)]

Es lagen in 15 von 243 Fällen mit einer ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 3 der 7 Standorte (42,9 %) gab es Abweichungen in 10 von 15 Fällen (66,7 %). Für diese Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation zu DF 35.1 vorgenommen, obgleich in der Patientenakte keine Reizschwelle dokumentiert wurde. Eine separate Pace/Sense-Sonde wurde in keinem der 15 Fälle fehdokumentiert.

(DF 41.1) Reizschwelle, Sonden: Ventrikel – Zweite Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 81,15 % (99/122)]

Wenn im DF 37 „Art des Vorgehens“ an der zweiten Ventrikelsonde keine Explantation oder Stilllegung der Sonde angegeben wird, dann muss entweder DF 41.1 oder 41.2 ausgefüllt werden.

Es lagen in 122 von 136 Fällen mit einer zweiten Ventrikelsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 12 von 22 Standorten (54,6 %) gab es bei mindestens einem Fall Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 23 von 122 einbezogenen Fällen (18,9 %).

In vier Fällen ergab sich die Abweichung aufgrund dessen, dass für die QS zu diesem Datenfeld keine Angabe gemacht worden ist, obgleich eine Angabe in der Patientenakte vorlag, und in zwei Fällen ergab sich die Abweichung aufgrund eines Folgefehlers, da für die QS zu diesem Datenfeld eine Angabe gemacht wurde, obgleich keine Angabe gemäß Patientenakte erfolgen musste. In den übrigen 17 Fällen lagen Abweichungen im dokumentierten Wert für die Reizschwelle vor. Die Angaben schwankten zwischen $-0,755$ V (Wert in der Akte niedriger als in der QS-Dokumentation) und $+9$ V (Wert in der Akte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem absoluten Mittelwert von $0,8$ V. Dabei wurde in zwei Fällen ggf. zuungunsten der Leistungserbringer ein Wert $> 1,0$ V für die QS dokumentiert, da in der Patientenakte ein niedrigerer Wert vorlag, und in drei Fällen ggf. zugunsten der Leistungserbringer, da für die QS ein Wert $\leq 1,0$ V dokumentiert wurde, in der Akte jedoch ein höherer Wert vorlag. Da die Angaben zur Reizschwelle (in V) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 41.2) Reizschwelle nicht gemessen, Sonden: Ventrikel – Zweite Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 21,43 % (3/14)]

Es lagen in 14 von 136 Fällen mit einer zweiten Ventrikelsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 4 der 7 Standorte (57,1 %) gab es Abweichungen in 11 von 14 Fällen (78,6 %). Für zehn dieser Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation zu DF 29.1 vorgenommen, obgleich in der Patientenakte keine Reizschwelle dokumentiert wurde, und in einem Fall wurden die Datenfelder zur Reizschwelle als Folgefehler gar nicht eingegeben.

(DF 47.1) Reizschwelle, Sonden: Ventrikel – Dritte Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 100,00 % (1/1)]

Wenn im DF 43 „Art des Vorgehens“ an der dritten Ventrikelsonde keine Explantation oder Stilllegung der Sonde angegeben wird, dann muss entweder DF 47.1 oder 47.2 ausgefüllt werden.

Es lag in einem von vier Fällen mit einer dritten Ventrikelsonde eine Angabe zu diesem Datenfeld vor. Es gab in diesem Fall keine Abweichung. Da die Angaben zur Reizschwelle (in V) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 47.2) Reizschwelle nicht gemessen [Übereinstimmungsrate: 33,33 % (1/3)]

Es lagen in drei von vier Fällen mit einer dritten Ventrikelsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An einem der zwei Standorte (50,0 %) gab es eine Abweichung. Dies betraf zwei von drei einbezogenen Fällen (66,7 %). Bei beiden Abweichungen wurden die Datenfelder zur Reizschwelle für die QS als Folgefehler nicht angegeben.

Datenfelder zur P- oder R-Wellen-Amplitude (DF 30.1, 36.1, 42.1) und P- oder R-Wellen-Amplitude nicht gemessen (DF 30.2, 36.2, 42.2)

Diese Datenfelder werden für die Berechnung der Indikatoren 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ im Modul 09/4 und 52321 „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ im Modul 09/5 verwendet. Aus der Grundgesamtheit dieser Indikatoren werden Fälle ausgeschlossen, bei denen die P-Wellen-Amplitude aufgrund eines Vorhofflimmerns oder fehlenden Vorhofeigenrhythmus nicht gemessen wurde oder bei denen die R-Amplitude bei separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus nicht gemessen wurde. Wenn die Amplituden aus anderen Gründen nicht gemessen wurden, wird der Fall rechnerisch auffällig. Es kann jeweils entweder „P- oder R-Wellen-Amplitude“ oder „P- oder R-Wellen-Amplitude nicht gemessen“ ausgefüllt werden.

(DF 30.1) P-Wellen-Amplitude, Sonden: Vorhof [Übereinstimmungsrate: 78,92 % (131/166)]

Wenn zum DF 26 (Art des Vorgehens, Sonde: Vorhof) keine Explantation oder Stilllegung angegeben wurde, muss entweder DF 30.1 oder 30.2 ausgefüllt werden.

Es lagen in 166 von 193 Fällen mit einer Vorhofsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 13 von 22 Standorten (59,1 %) gab es bei mindestens einem Fall Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 35 von 166 einbezogenen Fällen (21,1 %).

In drei Fällen wurde keine Angabe für die QS in diesem Datenfeld vorgenommen, sondern in DF 30.2, obgleich eine Angabe in der Patientenakte vorlag. In den übrigen 30 Fällen lagen Abweichungen im dokumentierten Wert für die P-Wellen-Amplitude vor. Die Angaben schwankten zwischen -6,3 mV (Wert in der Akte niedriger als in der QS-Dokumentation) und +5,6 mV (Wert in der Akte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem absoluten Mittelwert von 0,93 mV. Da die Angaben zur P-Wellen-Amplitude (in mV) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 30.2) P-Wellen-Amplitude nicht gemessen, Sonden: Vorhof [Übereinstimmungsrate: 44,44 % (12/27)]

Es lagen in 27 von 193 Fällen mit einer Vorhofsonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 5 der 11 Standorte (45,5 %) gab es Abweichungen in 15 von 27 Fällen (55,6 %). Für zwölf dieser Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation zu DF 30.1 vorgenommen, obgleich in der Patientenakte keine P-Wellen-Amplitude dokumentiert wurde, und in drei Fällen wurden die Datenfelder zur P-Wellen-Amplitude als Folgefehler für die QS gar nicht eingegeben. Ein Vorhofflimmern oder fehlender Vorhofeigenrhythmus wurden in keinem Fall für die QS überdokumentiert.

(DF 36.1) R-Amplitude, Sonden: Ventrikel – Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde [Übereinstimmungsrate: 79,81 % (170/213)]

Wenn zum DF 31 (Art des Vorgehens, Sonde: Erste Ventrikelsonde) keine Explantation oder Stilllegung der Sonde angegeben wurde und die Sondenposition (DF 34) rechtsventrikulärer Apex oder rechtsventrikuläres Septum ist, muss entweder DF 36.1 oder 36.2 ausgefüllt werden.

Es lagen in 213 von 241 Fällen mit einer ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 14 von 22 Standorten (63,6 %) gab es bei mindestens einem Fall Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 43 von 213 einbezogenen Fällen (20,2 %).

In drei Fällen wurde keine Angabe für die QS in diesem Datenfeld vorgenommen, obgleich eine Angabe in der Patientenakte vorlag und in 16 Fällen war die Abweichung aufgrund von Fehler im Filterfeld. In den übrigen 24 Fällen lagen Abweichungen im dokumentierten Wert für die R-Wellen-Amplitude vor. Die Angaben schwankten zwischen -10 mV (Wert in der Akte niedriger

als in der QS-Dokumentation) und +6,3 mV (Wert in der Akte größer als in der QS-Dokumentation) mit einem absoluten Mittelwert von 1,85 mV. Die Abweichungen waren im größten Teil nicht QI-relevant, da nur Angaben < 4,0 mV und > 30,0 mV als auffällig gelten. Einmal wurde dem Leistungserbringer zuungunsten für die QS fälschlicherweise eine R-Amplitude < 4,0 mV dokumentiert, da in der Akte eine höhere vorlag, und einmal dem Leistungserbringer zugunsten eine R-Amplitude > 4,0 mV, da in der Akte eine niedrigere vorlag. Da die Angaben zur R-Wellen-Amplitude (in mV) stetig sind, wird keine Kreuztabelle im Anhang ausgegeben.

(DF 36.2) R-Amplitude nicht gemessen, Sonden: Ventrikel – Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde [Übereinstimmungsrate: 75,00 % (21/28)]

Es lagen in 28 von 241 Fällen mit einer ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde Angaben zu diesem Datenfeld vor. An 6 der 16 Standorte (37,5 %) gab es Abweichungen in 7 von 28 Fällen (25,0 %). Für drei dieser Fälle wurde fälschlicherweise eine Angabe in der QS-Dokumentation zu DF 36.1 vorgenommen, obgleich in der Patientenakte keine R-Wellen-Amplitude dokumentiert wurde, und in zwei Fällen war die Abweichung aufgrund von Fehler im Filterfeld. In 2 weiteren Fällen wurde der Grund der Nichterfassung falsch dokumentiert.

(DF 42.1) R-Amplitude, Sonden: Ventrikel – Zweite Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 0,00 % (0/2)]

Wenn zum DF 37 „Art des Vorgehens, Sonden: Ventrikel – Zweite Ventrikelsonde“ keine Explantation oder Stilllegung der Sonde angegeben wurde und wenn die Sondenposition (DF 40) rechtsventrikulärer Apex oder rechtsventrikuläres Septum ist, muss entweder DF 42.1 oder 42.2 ausgefüllt werden.

Es liegen Angaben zu diesem Datenfeld bei 2 von 4 Fällen mit einer zweiten Ventrikelsonde vor. In einem Fall stimmte der Wert in der Akte nicht mit dem Wert in der QS überein, die Abweichung war jedoch nicht QI-relevant. In zweitem Fall war die Abweichung aufgrund vom Fehler im Filterfeld.

(DF 42.2) R-Amplitude nicht gemessen, Sonden: Ventrikel – Zweite Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 50 % (1/2)]

Es liegen Angaben zu diesem Datenfeld bei 2 von 4 Fällen mit einer zweiten Ventrikelsonde vor. In einem Fall wurde korrekterweise auch für die QS „R-Amplitude nicht gemessen“ mit „kein Eigenrhythmus“ dokumentiert, und im zweiten Fall war die Abweichung aufgrund vom Fehler im Filterfeld.

Datenfelder zur Position (DF 34, 40)

Wenn zum entsprechenden Datenfeld „Art des Vorgehens“ (DF 31 und DF 37) keine Explanation angegeben wurde, müssen Angaben zur Position gemacht werden (DF 34, DF 40).

Die Datenfelder werden für die Berechnung der Indikatoren 52316 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ im Modul 09/4 und 52321 „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ im Modul 09/5 verwendet. Es werden nur R-Amplituden der Sonden im rechtsventrikulären Apex und Septum für die Berechnung dieser Indikatoren berücksichtigt.

(DF 34) Position, Sonden: Ventrikel – Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde [Übereinstimmungsrate: 86,00 % (215/250)]

An 11 von 22 Standorten (50,0 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 35 von 250 einbezogenen Fällen (14,0 %). Davon ergaben sich in 15 Fällen Abweichungen aufgrund dessen, dass die Position der ersten Ventrikelsonde in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war. In einem Fall wurde für die QS fälschlicherweise „andere“ dokumentiert, obgleich aus der Patientenakte die Position im rechtsventrikulären Apex ersichtlich war. Andersherum wurde bei der Zweiterfassung festgestellt, dass in einem Fall eine „andere“ Position vorlag, aber für die QS ein „rechtsventrikulärer Apex“ dokumentiert wurde. Wenn „andere“ gewählt wird, wird die R-Amplitude-Messung nicht für die Indikatorenberechnung berücksichtigt. Die übrigen 18 Abweichungen ergaben sich aufgrund fehlerhafter Zuordnungen zwischen der Position „rechtsventrikulärer Apex“ und „rechtsventrikuläres Septum“.

(DF 40) Position, Sonden: Ventrikel – Zweite Ventrikelsonde [Übereinstimmungsrate: 82,86 % (116/140)]

An 12 von 22 Standorten (54,6 %) gab es mindestens eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf 24 von 240 einbezogenen Fällen (17,1 %). Davon ergaben sich in 13 Fällen Abweichungen aufgrund dessen, dass die Position der zweiten Ventrikelsonde in der Patientenakte „nicht ersichtlich“ war. Es wurde für die QS in keinem Fall fälschlicherweise eine andere Position bei Vorliegen eines „rechtsventrikulären Apex“ oder „rechtsventrikulären Septums“ dokumentiert. Bei bestehenden anderen Positionen wird die R-Amplitude-Messung nicht für die Indikatorenberechnung berücksichtigt. Damit haben die übrigen Fehldokumentationen keine Auswirkungen.

(DF 52) peri- bzw. postoperative Komplikation(en) [Übereinstimmungsrate: 99,63 % (270/271)]

An einem von 22 Standorten (4,6 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf einen von 271 einbezogenen Fällen (0,4 %). Dieses Datenfeld wird als Filterfeld für die Angabe von bestimmten peri- bzw. postoperativen Komplikationen verwendet und geht nicht in die Berechnung von Qualitätsindikatoren ein. Der fehldokumentierte Fall wurde in Bezug auf das Vorhandensein von peri- bzw. postoperativen

Komplikationen unterdokumentiert und daher ggf. zugunsten des Leistungserbringers dokumentiert. Insgesamt waren gemäß Patientenakte in vier Fällen Komplikationen vorhanden, für die weitere abhängige Datenfelder angegeben werden mussten. Der Anteil der Unterdokumentation beträgt damit 25,0 % (1/4).

Wenn peri- bzw. postoperative Komplikation(en) vorliegen (DF 52 = ja), dann muss mindestens eines der DF 53.1 bis 53.9 dokumentiert werden. Nachfolgend werden von den möglichen Komplikationen nur diejenigen Komplikationen beschrieben, bei denen Fehldokumentationen vorlagen.

(DF 53.1) kardiopulmonale Reanimation [Übereinstimmungsrate: 75,00 % (3/4)]

An einem von drei Standorten (33,3 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf einen von vier einbezogenen Fällen (25,0 %). Eine kardiopulmonale Reanimation wurde für diesen Fall fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert, obgleich eine solche Komplikation in der Patientenakte vermerkt war. Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 151800 „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)“ verwendet. Der Anteil der Unterdokumentation betrug 100 % (1/1).

(DF 53.7) revisionsbedürftige Sondendysfunktion [Übereinstimmungsrate: 75,00 % (3/4)]

An einem von drei Standorten (33,3 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf einen von vier einbezogenen Fällen (25,0 %). Eine revisionsbedürftige Sondendysfunktion wurde für diesen Fall fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert, obgleich eine solche Komplikation in der Patientenakte vermerkt war. Dieses Datenfeld wird selbst nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet. Allerdings ist dieses Datenfeld ein Filterfeld für weitere abhängige Felder. So müssen weitere Angaben zur Sondendysfunktion vorgenommen werden (DF 55.1 bis 55.5), die dann in den QI 52324 „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ einfließen. Aufgrund der Unterdokumentation (50 % in n = 1/2) wurde dieser Fall entsprechend nicht in den QI einbezogen.

(DF 53.9) sonstige interventionspflichtige Komplikation [Übereinstimmungsrate: 75,00 % (3/4)]

An einem von drei Standorten (33,3 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte. Dies betraf einen von vier einbezogenen Fällen (25,0 %). Eine sonstige interventionspflichtige Komplikation wurde für diesen Fall fälschlicherweise nicht für die QS dokumentiert, obgleich eine solche Komplikation in der Patientenakte vermerkt war. Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 151800 „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)“ verwendet. Der Anteil der Unterdokumentation betrug 100 % (1/1).

Wenn eine revisionsbedürftige Sondendysfunktion vorliegt (DF 53.7 = ja), dann muss mindestens eines der DF 55.1 bis 55.5 angegeben werden. Nachfolgend werden von den möglichen Sondendysfunktionen nur diejenigen Datenfelder beschrieben, bei denen Fehldokumentationen vorlagen.

(DF 55.2) Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde [Übereinstimmungsrate: 50,00 % (1/2)]

An einem von zwei Standorten (50,0 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in einem von zwei Fällen (50,0 %). Eine Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde wurde fälschlicherweise in diesem Fall nicht für die QS dokumentiert, obgleich eine solche Dysfunktion in der Patientenakte vermerkt war. Dieses Datenfeld wird für die Berechnung des QI 52324 „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ verwendet. Aufgrund der Unterdokumentation (50 % in n = 1/2), wurde dieser Fall entsprechend nicht in den QI einbezogen.

(DF EF) Quartal der Operation [Übereinstimmungsrate: 99,63 % (270/271)]

An einem von 22 Standorten (4,6 %) gab es eine Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte in einem von 271 einbezogenen Fällen (0,4 %). Dieses Datenfeld ist ein berechnetes Exportfeld und wird aus dem DF 18 „OP-Datum“ berechnet. Das Datenfeld wurde für die QIs 52328, 52001, 52002 verwendet. Diese Datenfelder, die bis zum EJ 2018 für die Berechnung der Indikatoren 52328 „Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff“, 52001 „Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ und 52002 „Infektion als Indikation zum Folgeeingriff“ im Modul 09/6 verwendet wurden, wurden zum EJ 2019 nicht mehr für die Indikatorenberechnung verwendet und werden zum EJ 2022 gestrichen, da die entsprechenden Indikatoren zum EJ 2019 durch die Follow-up-QIs (132000, 132001 und 132002) im Modul 09/4 ersetzt wurden. Anhand des Quartals der Operation wird ermittelt, ob die für die Follow-up-Indikatoren relevanten Folgeeingriffe innerhalb des jeweiligen Follow-up-Intervalls durchgeführt wurden.

4.2.3 Maßnahmen und Rückmeldung der auf Landesebene beauftragten Stellen

Mit den Krankenhausstandorten wurden durch die meisten Prüfinstitutionen (LQS oder MD) Einzelanalysen fallbezogen mit den Verantwortlichen der Standorte in einem ausführlichen Abschlussgespräch besprochen oder (z. T. auch zusätzlich) in einem Feedbackbericht schriftlich mitgeteilt. In diesen Gesprächen wurden häufig auch geeignete Maßnahmen besprochen, die zukünftig eine korrekte Erfassung sicherstellen sollen. Wenn nötig wurde von den entsprechenden Krankenhausstandorten zugesichert, die Prüfungsergebnisse intern zu Schulungszwecken zu kommunizieren und zukünftig auf eine korrekte Erfassung und Dokumentation hinzuwirken.

In Bezug auf den Abgleich mit einzelnen Datenfeldern wurde festgestellt, dass manche Übereinstimmungsraten niedrig waren. Insbesondere Datenfelder zur Art des Vorgehens beim ICD-Aggregat und bei den Sonden verzeichneten Abweichungen, die sich an einem Standort auf einen

Bedienfehler in der Erfassungssoftware zurückführen ließen. Bei der Erfassung der Art des Vorgehens öffnet sich eine Dropdown-Liste, die vermutlich von den erfassenden Ärzten und Ärztinnen nicht bis zum Ende gescrollt wurde, sodass nicht immer der korrekte Schlüssel ausgewählt worden sei.

Hintergründe zu Abweichungen in anderen Datenfeldern wurden in den Berichten der LQS nicht erwähnt, außer dass es sich häufig um Einzelfälle gehandelt habe oder diese durch Schreib- oder Rundungsfehler entstanden seien. Die Krankenhäuser wurden z. T. darauf hingewiesen, dass ungenaue Angaben in den geprüften Datenfeldern Einfluss auf die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren haben und ggf. zur rechnerischen Auffälligkeit führen können, sodass das Qualitätsziel nicht erreicht wird.

Eine andere LQS berichtete auch, dass sie über Newsletter/Informationsveranstaltungen der Geschäftsstelle regelmäßig auch alle nicht durch ein Stichprobenverfahren geprüften Krankenhäuser über relevante Ergebnisse aus den Prüfungen informieren und so die Erkenntnisse weitergeben.

Insgesamt wurde die Datenvalidierung vor Ort als gute Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch beschrieben. Dabei können Dokumentations- und Verständnisprobleme sowie softwarebedingte Fehlerquellen besprochen werden. Systematische oder beabsichtigte Beeinflussung der Dokumentation sei nicht erkennbar gewesen. Zusätzlich wurde auch erwähnt, dass das Verfahrenselement der Stichprobenüberprüfung vor Ort in hohem Maße geeignet sei, die grundsätzlichen Dokumentationsprozesse der Einrichtungen im betroffenen Leistungsbereich (aber auch leistungsbereichsübergreifend) zu betrachten, inhaltlichen wie methodischen Verbesserungsbedarf des QS-Verfahrens an sich zu identifizieren sowie den Servicegedanken der Geschäftsstelle in die Häuser zu tragen.

4.3 Ergebnisse zu den Übereinstimmungsraten der Standorte

Als Ergebnis des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich wurde den Krankenhausstandorten in einem fallübergreifenden Prüfbericht die jeweilige Übereinstimmungsrate für ihren datenvalidierten Krankenhausstandort mitgeteilt.

Gemäß § 9 Abs. 3 QSKH-RL wurde bisher auf Basis der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im Falle von besonders häufigen oder relevanten Dokumentationsfehlern die Auslösung eines erneuten Datenabgleichs bei einem Krankenhausstandort im Folgejahr festgelegt (sogenannter gezielter Datenabgleich). Aufgrund dessen, dass die QSKH-RL zum 1. Januar 2021 außer Kraft getreten ist (G-BA 2020a), erfolgt keine erneute Überprüfung in Form eines gezielten Datenabgleichs im Folgejahr. Daher wurde auch das den gezielten Datenabgleich auslösende Relevanzkriterium sowie Häufigkeitskriterium für die Auswertungsmodule des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich nicht beschlossen.

Dennoch wird hier die Fehldokumentationsrate je Standort in Abhängigkeit von der Zahl der dort behandelten Fälle als Ergebnis des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum EJ 2020 dargestellt. Dabei wird das in Kapitel 2 IQTIG (2020b) beschriebene statistische Verfahren verwendet, um Vertrauensintervalle für die Gesamtübereinstimmungsrate der Krankenhausstandorte

bezogen auf alle im Auswertungsmodul nach der Spezifikation 2020 dokumentierten Fälle zu berechnen. Dadurch wird die Stichprobenunsicherheit berücksichtigt und es können mit den Ergebnissen auch statistische Aussagen über die in der Stichprobe gefundenen Fehldokumentationen hinaus getroffen werden.

Zusätzlich wurde vor der Berechnung der Fehldokumentationsrate geprüft, inwiefern es Datenfelder gab, die über alle überprüften Krankenhausstandorte hinweg > 15 % Dokumentationsfehler aufwiesen. Dokumentationsfehler in Datenfeldern, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Mängel in der Spezifikation (etwa unzureichend beschriebene oder fehlende Datenfelder, unzureichende Ausfüllhinweise oder Plausibilitätsregeln) zurückzuführen sind, wurden aus der Berechnung der Ergebnisse ausgeschlossen. Dies betraf die in Tabelle 9 ausgewählten Datenfelder.

Tabelle 9: Ausgeschlossene Datenfelder für die Berechnung der Gesamtübereinstimmungsrate der Krankenhausstandorte

| | Datenfeld | Fehldokumentationsrate | Begründung |
|---|---|------------------------|--|
| Ausschluss von Datenfeldern aufgrund von Spezifikationsmängeln | | | |
| 09/4 | (DF 17) Einstufung nach ASA-Klassifikation | 35,27 % | In den Ausfüllhinweisen erfolgt der Hinweis: „Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.“ Da bei diesen Verfahren nicht immer ein Anästhesist oder eine Anästhesistin anwesend ist, kann es zu Schwierigkeiten der korrekten Dokumentation für die QS gekommen sein. |
| 09/6 | (DF 14) Einstufung nach ASA-Klassifikation | 45,60 % | |
| Ausschluss von Datenfeldern aus anderen Gründen | | | |
| 09/6 | (DF 25.1) Aggregat: Jahr der Implantation | 17,78 % | Die DF 25.1 und 25.2 sind nicht mehr QI-relevant und daher zugunsten der LE (hier in Bezug auf DF 25.1) ausgeschlossen worden. |
| | (DF 25.2) Jahr der Implantation nicht bekannt | 0,00 % | |
| | (DF 33) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde | 4,51 % | DF 33 ist nicht mehr QI-relevant und daher zugunsten der LE ausgeschlossen worden. |
| | (DF 39) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde | 14,81 % | DF 39 ist nicht mehr QI-relevant und daher zugunsten der LE ausgeschlossen worden. |
| | (DF 45) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde | 0,00 % | DF 45 ist nicht mehr QI-relevant und daher zugunsten der LE ausgeschlossen worden. |
| | (DF 51) Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n) | 42,86 % | DF 51 ist nicht mehr QI-relevant und daher zugunsten der LE ausgeschlossen worden. |

Die Fehldokumentationsraten der Standorte werden zusammen mit dem jeweiligen Vertrauensintervall in Abbildung 4 und Abbildung 5 dargestellt. Sie entsprechen aufgrund des Ausschlusses nicht den Fehldokumentationsraten (bzw. Übereinstimmungsraten) der jeweiligen Prüfberichte der einzelnen Krankenhausstandorte. In den Abbildungen sind zusätzlich farblich die Grenzwerte für die Fehldokumentationsrate, ab denen besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler vorlägen, markiert. Diese Einstufung richtet sich nach der unteren Grenze des Vertrauensintervalls: Falls die untere Grenze des Vertrauensintervalls über 10 % bzw. 15 % liegt, weist der betreffende Standort besonders bzw. erheblich häufige Dokumentationsfehler auf.

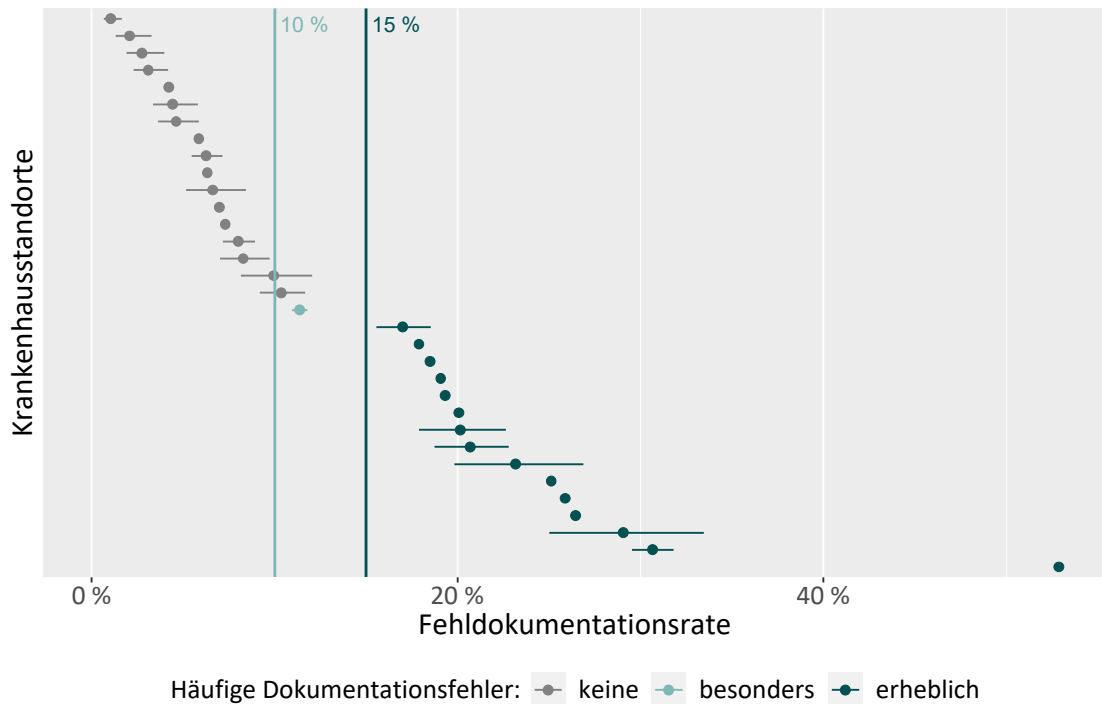


Abbildung 4: Fehldokumentationsraten der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2020 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)

Insgesamt sind 33 Standorte im Auswertungsmodul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* im Erfassungsjahr 2020 datenvalidiert worden. Es ist zu erkennen, dass ein Standort besonders häufige Dokumentationsfehler aufweist und 14 Standorte erheblich häufige Dokumentationsfehler. Damit haben 45,5 % der geprüften Krankenhausstandorte nicht hinreichend dokumentiert.

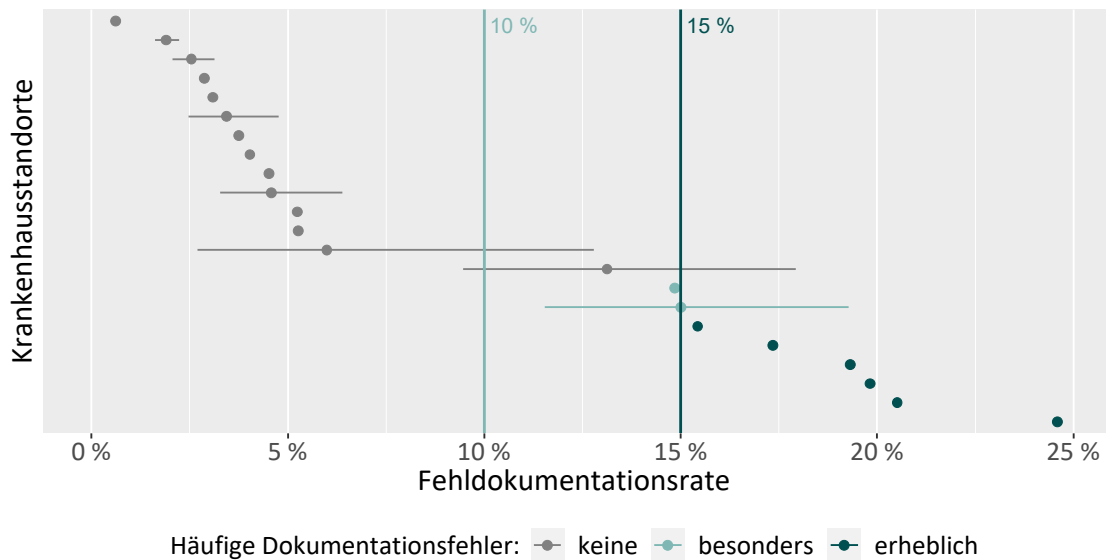


Abbildung 5: Fehldokumentationsraten der Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zu EJ 2020 mit 90%-Vertrauensintervall zum Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)

Insgesamt sind 22 Standorte im Auswertungsmodul *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* im Erfassungsjahr 2020 datenvalidiert worden. Es ist zu erkennen, dass zwei Standorte besonders häufige Dokumentationsfehler aufweisen und sechs Standorte erheblich häufige Dokumentationsfehler. Damit haben 36,4 % der geprüften Krankenhausstandorte nicht hinreichend dokumentiert.

5 Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung der indirekten QS-Verfahren

Im Rahmen der Statistischen Basisprüfung wurden für die indirekten Verfahren insgesamt 49 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 50 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüft. Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den unterschiedlichen Arten von Auffälligkeitskriterien für die indirekten (länderbezogenen) QS-Verfahren beschrieben.

5.1 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Zu Beginn wird ein Überblick über die Verteilung der datenliefernden Standorte, der rechnerischen Auffälligkeiten sowie der fehlerhaften Dokumentation für die Auffälligkeitskriterien gegeben. Ebenso werden die relativen Anteile bspw. der fehlerhaften Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen mithilfe eines Säulendiagramms zwischen den Auffälligkeitskriterien verglichen. Weitere Abbildungen und Tabellen veranschaulichen die Anzahl der Standorte, die wiederholt rechnerisch auffällig waren oder (wiederholt) fehlerhaft dokumentiert haben. Danach werden die Ergebnisse für die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit auf AK-Ebene verfahrensbezogen dargestellt. Die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte, (wiederholte) rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen, weiterführende Maßnahmen, Bewertungen nach Strukturiertem Dialog und wiederholte Auffälligkeiten der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden pro Auswertungsmodul in einer Tabelle dargestellt. Alle Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium sowie die detaillierten Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium sind den Tabellen im Anhang (Abschnitte 3.1, 3.2) zu entnehmen. Ebenso finden sich im Anhang die erfolgten Maßnahmen und Einstufungen, je Bundesland gesondert aufgeführt (Abschnitte 3.3, 3.4).

Zum Erfassungsjahr 2020 wurden 8 indirekte QS-Verfahrensgebiete mithilfe von 49 verfahrensbezogenen Auffälligkeitskriterien geprüft. Darunter fallen 11 QS-Verfahren mit insgesamt 14 Auswertungsmodulen, für die Ergebnisse dargestellt werden, da Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit vorhanden sind. Für alle Auswertungsmodule liegen zur Plausibilität und Vollständigkeit insgesamt 38.674 Ergebnisse vor. Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2020 wurden bei der Überprüfung der 49 AKs für die indirekten Verfahren insgesamt 1.157 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von 3,0 % an allen rechnerischen Ergebnissen der AKs. Insgesamt traten 227 (19,6 %) der rechnerischen Auffälligkeiten wiederholt bei gleichen Standorten in den gleichen AKs seit dem Erfassungsjahr 2019 auf und 52 (4,5 %) wiederholt bereits seit dem Erfassungsjahr 2018.

Für 1.157 rechnerische Auffälligkeiten wurde an 713 Standorten das Verfahren zum Strukturier-ten Dialog eingeleitet. Es wurden insgesamt 305 (26,4 %) Hinweise verschickt und 849 (73,4 %) Stellungnahmen angefordert. Dreimal wurden keine Maßnahmen ergriffen [S90].

Ausgehend von 849 Stellungnahmen erfolgten 2 Besprechungen (0,2 %) und 32 Zielvereinbarun-gen (3,8 %), aber keine Begehungen zur Optimierung der Dokumentationsqualität. Die Doku-mentation wurde im Ergebnis des Strukturier-ten Dialogs 308-mal (36,3 %) als korrekt [U30, U99]

und 521-mal (61,4 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Insgesamt 20-mal (2,4 %) erfolgte die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99]. Von 521 als fehlerhaft festgestellten Dokumentationen, die bei Standorten im gleichen AK bestanden, lagen 55 (10,6 %) fehlerhafte Dokumentationen bereits im Erfassungsjahr 2019 und 10 (1,9 %) bereits seit dem Erfassungsjahr 2018 vor.

Die Verteilung der datenliefernden Standorte, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit sind in den zwei folgenden Abbildungen dargestellt (Abbildung 6 und Abbildung 7). Ein Standort wird als datenliefernd bezeichnet, wenn er zum jeweiligen AK mindestens einen Nennerfall aufweist.

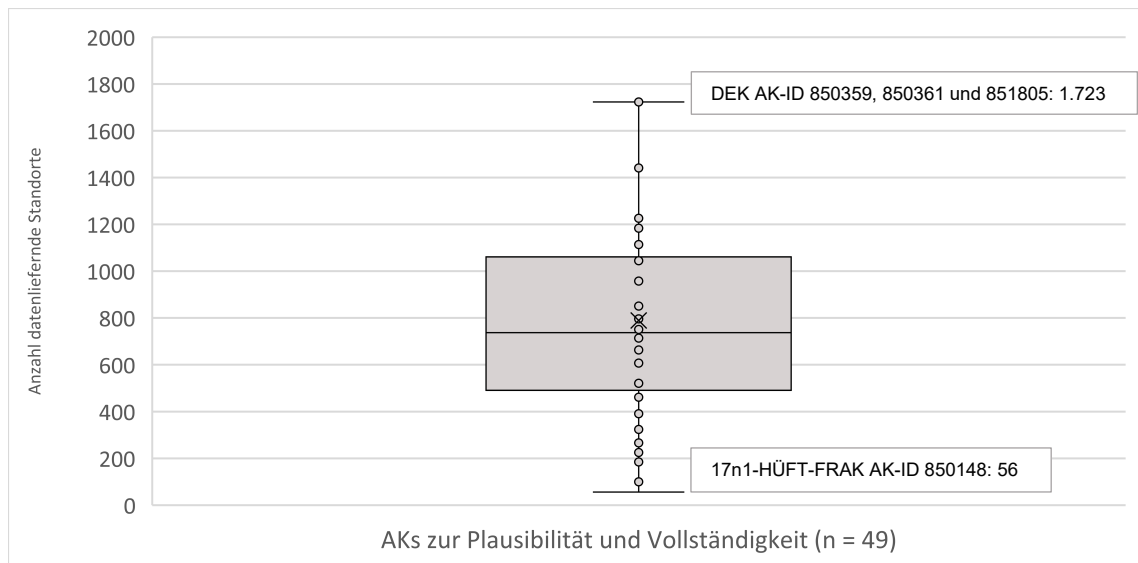


Abbildung 6: Verteilung der datenliefernden Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2020

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass für die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren unterschiedlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit bundesweit ≈ 789 Standorte Daten geliefert. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Standort auch zu mehreren AKs Daten liefern kann.

Das Minimum der datenliefernden Standorte pro AK liegt bei 56 Standorten (AK-ID 850148; 17n1-HÜFT-FRAK). Das Maximum liegt bei 1.723 datenliefernden Standorten im Auswertungsmodul DEK für die 3 AKs 850359, 850361 und 851805 (Abbildung 6). Damit handelt es sich bei dem Minimum und Maximum um dieselben AKs seit drei Jahren.

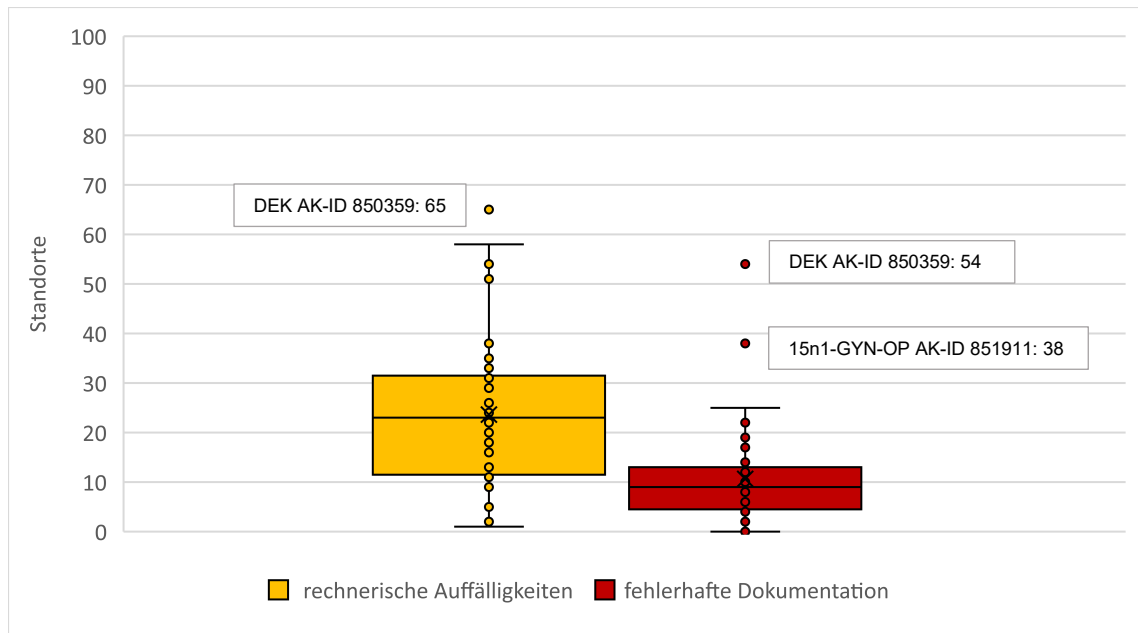


Abbildung 7: Verteilung der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2020

Abbildung 7 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der rechnerisch auffällig gewordenen Standorte und festgestellten fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit. Im arithmetischen Mittel sind 23,6 Standorte pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit rechnerisch auffällig gewesen und damit weniger als in den Vorjahren (EJ 2019: 27,1 und EJ 2018: 29,6). Das Minimum der rechnerisch auffälligen Standorte pro AK liegt bei eins (AK-ID 850305; KEP). Das Maximum stellt einen statistischen Ausreißer dar und liegt bei 65 rechnerisch auffälligen Standorten im AK 850359; DEK.

Unter allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit wiesen minimal kein Standort und maximal 54 Standorte pro AK fehlerhafte Dokumentationen auf (AK-ID: 850359, DEK), wobei für 2 AKs die Anzahl an Standorten mit fehlerhafter Dokumentation statistische Ausreißer darstellten. Das heißt, dass für das AK 851911 im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP und das AK 850359 im Auswertungsmodul DEK mit jeweils 38 und 54 Standorten bei besonders vielen Standorten fehlerhafte Dokumentationen für diese AKs vorlagen. Im arithmetischen Mittel haben 10,6 Standorte pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit fehlerhaft dokumentiert von denen eine Stellungnahme angefordert wurde.

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen einzuordnen, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Standorten (Abbildung 6 bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen (Abbildung 7) gesetzt.

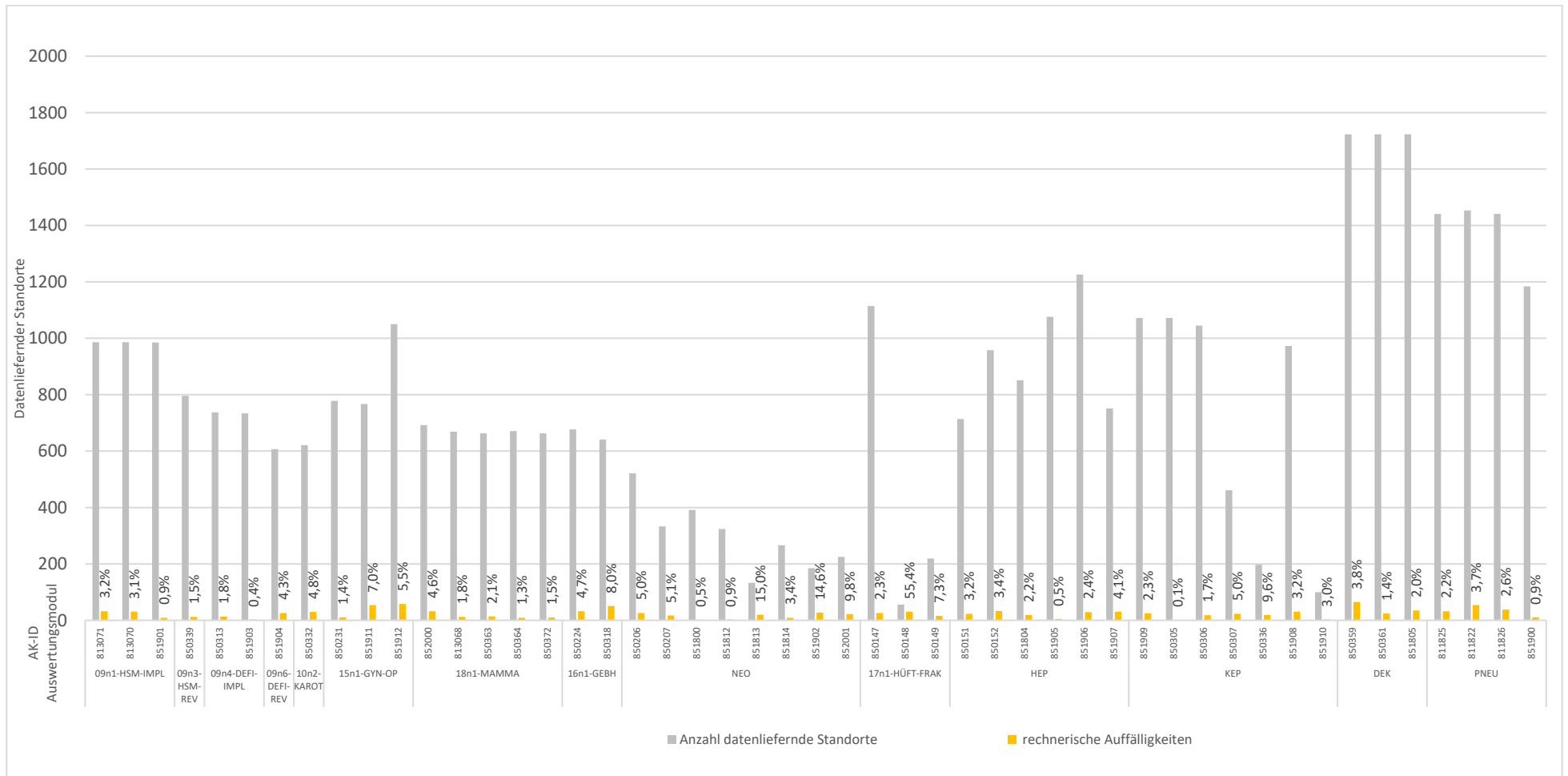


Abbildung 8: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2020

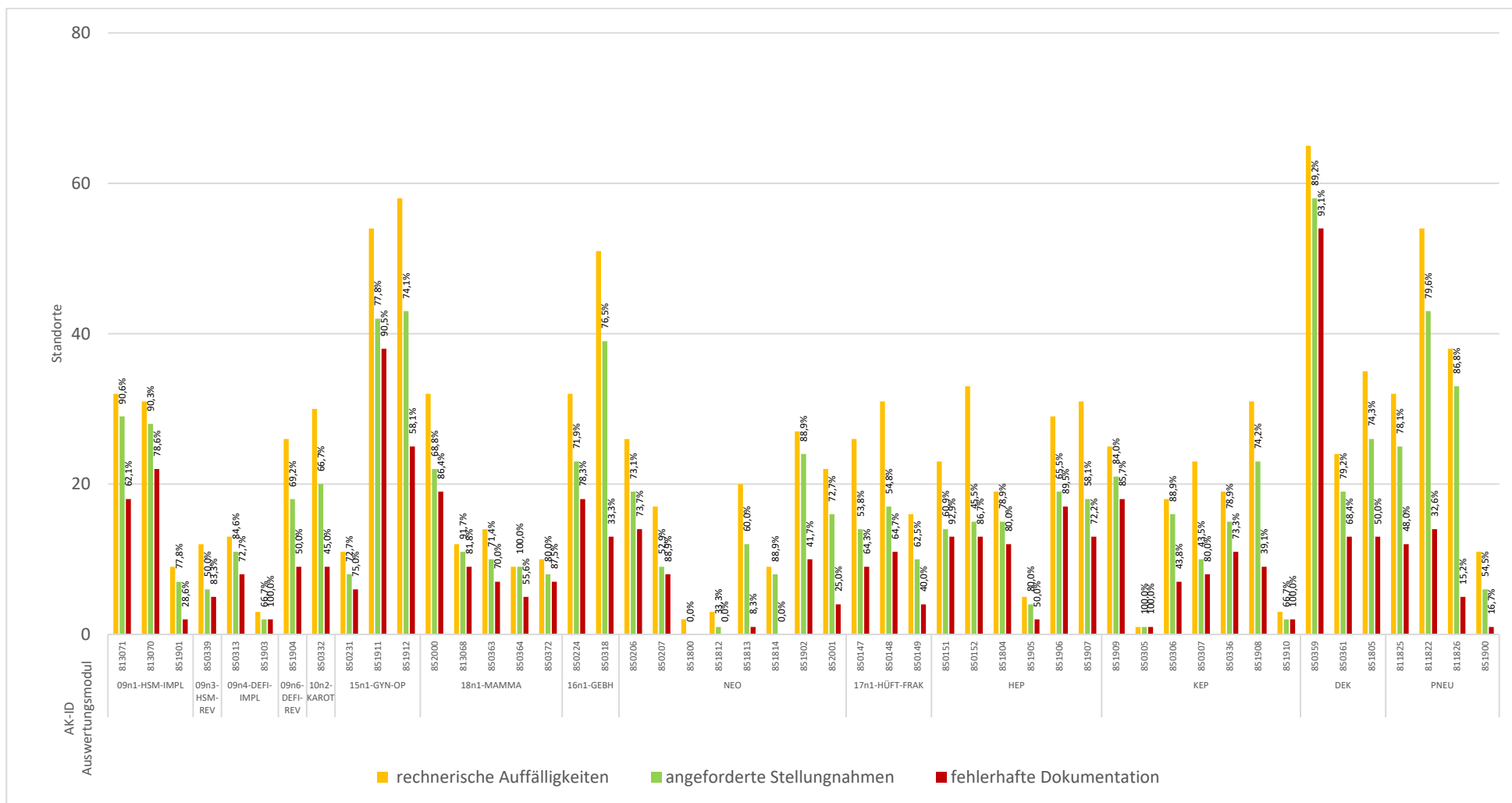


Abbildung 9: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2020

Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit ist im obigen Säulendiagramm (Abbildung 8) abgebildet.

Es wird deutlich, dass das AK 850148 im Auswertungsmodul *17n1-HÜFT-FRAK* mit 55,4 %, wie in den Vorjahren, den größten Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im Vergleich zu den anderen AKs aufweist. Dies ist allerdings auch das AK, zu dem die wenigsten Standorte Daten geliefert haben (rechnerisch auffällig: $n = 31$ zu $n = 56$ datenliefernden Standorten; (Abbildung 6)). Weitere hohe Anteile rechnerisch auffälliger Standorte lagen zudem im AK 851813 und AK 851902 in *NEO* (15,0 % und 14,6 % bei 133 und 185 datenliefernden Standorten) vor, obgleich die Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte mit $n = 20$ und $n = 27$ genauso hoch war wie in anderen QS-Verfahren.

Während somit im Boxplot (Abbildung 7) die Verteilung der rechnerisch auffälligen Standorte pro Auffälligkeitskriterium dargestellt ist, werden im Säulendiagramm in Abbildung 8 die Anteile dieser rechnerisch auffälligen Standorte an allen datenliefernden Standorten zu jedem Auffälligkeitskriterium deutlich und relativieren ggf. die Aussagen zu Auffälligkeitskriterien, in denen viele Standorte rechnerisch auffällig wurden. Beispielsweise ist im Boxplot (Abbildung 7) zu erkennen, dass für das AK 850359 im Auswertungsmodul *DEK* überdurchschnittlich viele Standorte rechnerisch auffällig sind ($n = 65$). Bezogen auf die Anzahl datenliefernder Standorte ($n = 1.723$, vgl. Abbildung 8) sind das jedoch lediglich 3,8 %. Die AKs mit den kleinsten Anteilen rechnerisch auffälliger Standorte an den datenliefernden Standorten von weniger als 1 % stellen im Erfassungsjahr 2020 AKs der Auswertungsmodule *HSM-IMPL* (AK 851901), *DEFI-IMPL* (AK 851903), *NEO* (AK 851800, 851812), *HEP* (AK 851905), *KEP* (AK 850305) und *PNEU* (AK 851900) dar (Abbildung 8).

In allen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit lagen rechnerische Auffälligkeiten vor, sodass für diese AKs ein Strukturierter Dialog ausgelöst wurde. In obiger Abbildung 9 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen für jedes Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. Die jeweilige Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen entspricht der Anzahl an Hinweisen und nicht eingeleiteten Maßnahmen [S90].

Insgesamt wiesen 61,4 % der Standorte eine fehlerhafte Dokumentation bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen auf ($n = 521/849$). Für drei AKs wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine zu 100 % fehlerhafte Dokumentation festgestellt (AK 851903: *09n4 DEFI IMPL*; AK 850305 und 851910: *KEP*), die sich allerdings nur auf sehr wenige Standorte bezog. Für 13 AKs wurde eine mehr als 80 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt, davon auch in einem AK, das erstmalig neu zum EJ 2020 angewendet wurde (AK 852000; *18n1-MAMMA*).

Anteilmäßig am wenigsten fehlerhafte Dokumentationen lagen für das erstmals im Erfassungsjahr 2019 neu angewendete AK 851813 im Auswertungsmodul *NEO* mit 8,3 % vor (eine von 12 angeforderten Stellungnahmen). Ebenso lagen für das AK 811826 im Auswertungsmodul *PNEU*

bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen (n = 33) mit 15,2 % weniger fehlerhafte Dokumentationen als in den anderen AKs, die als fehlerhaft bewertet wurden, vor.

Hervorzuheben ist, dass im AK 851912 (15n1-GYN-OP) im zweiten Jahr der Anwendung deutlich weniger Standorte rechnerisch auffällig waren (n = 58) im Vergleich zum Vorjahr (n = 128), obgleich keine Änderungen in der Berechnung vorgenommen wurden. Des Weiteren ist ebenfalls für das AK 851901 im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL zu erkennen, dass die rechnerischen Auffälligkeiten (n = 9) bei den Standorten im Erfassungsjahr 2020 deutlich gesunken sind im Vergleich zum EJ 2019 (n = 30), bei ebenfalls keiner Anpassung der Rechenregeln.

AKs mit wenigen rechnerischen Auffälligkeiten (kleiner 10) und hohen Anteilen an fehlerhaften Dokumentationen waren wie bereits in den Vorjahren aus den Verfahren 09n4 DEFI-IMP (AK 851903), 18n1 Mamma (AK 850372) und KEP (AK 850305 und 851910).

In Tabelle 10 werden alle AKs abgebildet, zu denen Standorte seit dem Erfassungsjahr 2019 und 2018 wiederholt rechnerisch auffällig waren oder fehlerhaft dokumentiert haben.

Von den 49 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit gab es bei 34 AKs Standorte, die seit EJ 2019 wiederholt rechnerisch auffällig gewesen sind, und davon gab es bei 22 AKs auch Standorte, die seit 2019 wiederholt fehlerhaft dokumentierten. Bei 21 AKs gab es Standorte, die drei Jahre in Folge rechnerisch auffällig waren und damit seit EJ 2018. Davon gab es bei sieben AKs Standorte, die drei Jahre in Folge und damit seit EJ 2018 fehlerhaft dokumentierten.

Das AK, in dem die meisten Standorte drei Jahre in Folge rechnerisch auffällig waren, ist das AK 811822 im Auswertungsmodul PNEU. Von 54 auffälligen Standorten im Erfassungsjahr 2020 waren 18 bereits im Erfassungsjahr 2019 rechnerisch auffällig und 7 im Erfassungsjahr 2018. AKs im Auswertungsmodul DEK (AK 850359 und AK 850361) wiesen hingegen die meisten fehlerhaft dokumentierenden Standorte über drei Jahre in Folge seit dem Erfassungsjahr 2018 auf.

Tabelle 10: Alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, bei denen Standorte wiederholt rechnerisch auffällig wurden und die wiederholt bestätigte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen.

| Auswertungsmodul | AK-ID* | rechnerisch auffällige Standorte | | | Standorte mit fehlerhafter Dokumentation | | |
|------------------|--------|----------------------------------|------------------|------------------------|--|------------------|------------------------|
| | | EJ 2020 | EJ 2020 und 2019 | EJ 2020, 2019 und 2018 | EJ 2020 | EJ 2020 und 2019 | EJ 2010, 2019 und 2018 |
| 09n1-HSM-IMPL | 813071 | 32 | 6 | 3 | 18 | 3 | 1 |
| 09n1-HSM-IMPL | 813070 | 31 | 3 | 2 | 22 | 0 | 0 |
| 09n1-HSM-IMPL | 851901 | 9 | 5 | – | 2 | 0 | – |
| 09n4-DEFI-IMPL | 850313 | 13 | 2 | 1 | 8 | 2 | 1 |
| 09n6-DEFI-REV | 851904 | 26 | 1 | – | 9 | 0 | – |
| 10n2-KAROT | 850332 | 30 | 7 | 3 | 9 | 1 | 0 |
| 15n1-GYN-OP | 850231 | 11 | 2 | 1 | 6 | 0 | 0 |

| Auswertungsmodul | AK-ID* | rechnerisch auffällige Standorte | | | Standorte mit fehlerhafter Dokumentation | | |
|------------------|--------|----------------------------------|------------------|------------------------|--|------------------|------------------------|
| | | EJ 2020 | EJ 2020 und 2019 | EJ 2020, 2019 und 2018 | EJ 2020 | EJ 2020 und 2019 | EJ 2010, 2019 und 2018 |
| 15n1-GYN-OP | 851911 | 54 | 12 | – | 38 | 4 | – |
| 15n1-GYN-OP | 851912 | 58 | 28 | – | 25 | 2 | – |
| 18n1-MAMMA | 813068 | 12 | 1 | 0 | 9 | 1 | 0 |
| 16n1-GEBH | 850224 | 32 | 10 | 2 | 18 | 4 | 0 |
| 16n1-GEBH | 850318 | 51 | 10 | 3 | 13 | 1 | 0 |
| NEO | 850206 | 26 | 3 | 1 | 14 | 1 | 1 |
| NEO | 850207 | 17 | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| NEO | 851813 | 20 | 8 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| NEO | 851902 | 27 | 5 | – | 10 | 0 | – |
| 17n1-HÜFT-FRAK | 850147 | 26 | 3 | 0 | 9 | 0 | 0 |
| 17n1-HÜFT-FRAK | 850148 | 31 | 3 | 1 | 11 | 1 | 0 |
| HEP | 850151 | 23 | 7 | 1 | 13 | 1 | 0 |
| HEP | 850152 | 33 | 4 | 1 | 13 | 0 | 0 |
| HEP | 851804 | 19 | 8 | 3 | 12 | 3 | 1 |
| HEP | 851906 | 29 | 11 | – | 17 | 7 | – |
| HEP | 851907 | 31 | 3 | – | 13 | 1 | – |
| KEP | 851909 | 25 | 2 | – | 18 | 1 | – |
| KEP | 850306 | 18 | 1 | 0 | 7 | 1 | 0 |
| KEP | 850307 | 23 | 8 | 4 | 8 | 2 | 1 |
| KEP | 850336 | 19 | 2 | 1 | 11 | 0 | 0 |
| KEP | 851908 | 31 | 4 | – | 9 | 1 | – |
| DEK | 850359 | 65 | 11 | 2 | 54 | 10 | 2 |
| DEK | 850361 | 24 | 11 | 8 | 13 | 3 | 3 |
| DEK | 851805 | 35 | 4 | 1 | 13 | 2 | 0 |
| PNEU | 811825 | 32 | 10 | 1 | 12 | 0 | 0 |
| PNEU | 811822 | 54 | 18 | 7 | 14 | 3 | 0 |
| PNEU | 811826 | 38 | 13 | 2 | 5 | 0 | 0 |
| Gesamt | | 1.005 | 227 | 52 | 462 | 55 | 10 |

* Es sind nur AKs dargestellt, die zum EJ 2019 ebenfalls rechnerisch auffällig waren, somit n = 34 von n = 49 zu EJ 2020 geprüften AKs. Ein („–“) bedeutet, dass dieses AK in dem Jahr nicht vorhanden war.

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Plausibilität und Vollständigkeit je Auswertungsmodul beschrieben. Hinweise auf Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten oder fehlerhafte Dokumentationen der indirekten QS-Verfahren werden auf Grundlage der „Länderberichte zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2021“ erwähnt, wenn relevante Gründe in den jeweiligen Berichten beschrieben wurden.

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

AK-ID 813070 = Häufig führendes Symptom „Sonstiges“

Von 986 Standorten, die Daten bezüglich des *Häufig führenden Symptoms* „Sonstiges“ lieferten, wurden 31 Standorte (3,1 %) rechnerisch auffällig. Davon waren drei Standorte im Erfassungsjahr 2019 und zwei bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an drei Standorte Hinweise verschickt und von 28 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 6 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 22 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

Im Bericht einer LQS wird erwähnt, dass an einem Standort mit bestätigter fehlerhafter Dokumentation sich der Standort bereit erklärt hat, Mitarbeiterschulungen durchzuführen.

AK-ID 813071 = Häufig führende Indikation „Sonstiges“

Bezüglich einer *Häufig führenden Indikation* „Sonstiges“ wurden 32 der 986 datenliefernden Standorte (3,2 %) rechnerisch auffällig. Von diesen waren sechs Standorte ebenfalls im Jahr 2019 und drei Standorte bereits im Jahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an drei Standorte Hinweise verschickt und von 29 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden 11 korrekte Dokumentationen bestätigt und 18 fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Davon wiesen drei Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Im Bericht einer LQS wird erwähnt, dass mehrheitlich spezifischere Angaben zur Verfügung gestanden hätten. Der Standort hat sich zu Mitarbeiterschulungen bereit erklärt.

AK-ID 851901 = Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt

9 der 985 datenliefernden Standorte (0,9 %), die Daten zu *Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Davon waren fünf Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 rechnerisch auffällig. Es wurden an zwei Standorte Hinweise verschickt und von sieben Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für fünf Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für zwei Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Im Bericht einer LQS wurde auf rechnerische Auffälligkeiten wegen der fehlenden Möglichkeit, „offen-chirurgischer Zugangsweg“ zu vermerken, hingewiesen. An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Fälle mit offen-chirurgischer Sondenimplantation gemäß Rechenregel seit EJ 2020 ausgeschlossen werden müssen, da bei dieser Vorgehensweise regelhaft keine Durchleuchtung durchgeführt wird.

Tabelle 11: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmo-
dul 09n1-HSM-IMPL

| AK-ID | 813070 | 813071 | 851901 |
|---|---------------|---------------|---------------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 986 | 986 | 985 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 31 | 32 | 9 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 3 | 6 | 5 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 2 | 3 | 0 |
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 3 | 3 | 2 |
| Stellungnahmen angefordert | 28 | 29 | 7 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 6 | 11 | 5 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 22 | 18 | 2 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 0 | 3 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 1 | 0 |

AK-ID 813070 = Häufig führendes Symptom „Sonstiges“

AK-ID 813071 = Häufig führende Indikation „Sonstiges“

AK-ID 851901 = Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt

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

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

Bezüglich der Häufigen Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen wurden 12 der 796 datenliefernden Standorte (1,5 %) rechnerisch auffällig. Es wurden an sechs Standorte Hinweise verschickt und von sechs Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und für fünf Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 12: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV

| AK-ID | 850339 |
|---|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 796 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 12 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 0 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 |
| Maßnahmen | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 |
| Hinweise verschickt | 6 |
| Stellungnahmen angefordert | 6 |
| Weiterführende Maßnahmen | |
| Besprechung | 0 |
| Begehung | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 1 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 5 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 |

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

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

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

13 der 737 datenliefernden Standorte (1,7 %) wiesen hinsichtlich eines *Häufig indikationsbegründenden klinischen Ereignisses* „Sonstige“ eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon waren zwei Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 und ein weiterer Standort im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an zwei Standorte Hinweise verschickt und von elf Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für zwei Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für acht Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Dabei wiesen zwei Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

AK-ID 851903 = Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt

3 der 734 datenliefernden Standorte (0,4 %) wiesen hinsichtlich *Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt* eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurden für einen Standort Hinweise verschickt und für zwei Standorte Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für beide Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

Tabelle 13: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL

| AK-ID | 850313 | 851903 |
|--|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 737 | 734 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 13 | 3 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 2 | 0 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 1 | 0 |
| Maßnahmen | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 2 | 1 |
| Stellungnahmen angefordert | 11 | 2 |
| Weiterführende Maßnahmen | | |
| Besprechung | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 |

| AK-ID | 850313 | 851903 |
|---|--------|--------|
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 2 | 0 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 8 | 2 |
| Sonstiges [S91, S99] | 1 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 2 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 1 | 0 |

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

AK-ID 851903 = Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt

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

851904 = Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem

Von 607 datenliefernden Standorten wiesen 26 Standorte (4,3 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2019 rechnerisch auffällig. An 8 Standorte wurden anschließend Hinweise geschickt und von 18 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für acht Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für neun Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Tabelle 14: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV

| AK-ID | 851904 |
|--|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 607 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 26 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 1 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 |
| Maßnahmen | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 |
| Hinweise verschickt | 8 |
| Stellungnahmen angefordert | 18 |

| AK-ID | 851904 |
|---|--------|
| Weiterführende Maßnahmen | |
| Besprechung | 0 |
| Begehung | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 8 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 9 |
| Sonstiges [S91, S99] | 1 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 |

AK-ID 851904 = Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sonderproblem

5.1.5 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT)

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

Von 621 datenliefernden Standorten wurden 30 Standorte (4,8 %) hinsichtlich einer *Häufigen Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten* rechnerisch auffällig. Davon waren sieben Standorte im Erfassungsjahr 2019 und drei weitere Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Bei einem Standort wurden keine Maßnahmen ergriffen, jedoch wurden an 9 Standorte Hinweise verschickt sowie von 20 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für elf Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für neun Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Dabei wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2019 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Tabelle 15: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT

| AK-ID | 850332 |
|--|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 621 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 30 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 7 |

| AK-ID | 850332 |
|---|--------|
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 3 |
| Maßnahmen | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 1 |
| Hinweise verschickt | 9 |
| Stellungnahmen angefordert | 20 |
| Weiterführende Maßnahmen | |
| Besprechung | 0 |
| Begehung | 0 |
| Zielvereinbarung | 1 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 11 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 9 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 1 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 |

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

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

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

Von 778 Standorten, die Daten zur *Häufigen Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund* lieferten, wurden elf Standorte (1,4 %) rechnerisch auffällig. Davon waren zwei Standorte im Erfassungsjahr 2019 und ein Standort im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an drei Standorte Hinweise verschickt und von acht weiteren Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für zwei Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für sechs Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Aus dem Bericht einer LQS geht hervor, dass an einem rechnerisch auffälligen Standort eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt wurde und ein spezifischerer Histologieschlüssel hätte angegeben werden können.

AK-ID 851911 = Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-)Ovariectomie

54 der 767 datenliefernden Standorte (7,0 %) wiesen hinsichtlich einer *Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-)Ovariectomie* eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon waren zwölf Standorte im Erfassungsjahr 2019 rechnerisch auffällig. Bei einem Standort wurden keine Maßnahmen ergriffen, dagegen wurden an 11 Standorte Hinweise verschickt und von 42 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog wurde für 4 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 38 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Mit vier Standorten wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen. Vier Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2019 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Im Bericht einer LQS wird darauf verwiesen, dass die Einführung einer harten Plausibilitätsregel erfolgen könne, da die Eingabe für die QS, dass das kontralaterale Ovar noch vorhanden sei, nach Abrechnung eines Falls mit Entfernung beider Eierstöcke zwingend falsch ist. Falls die Einführung der entsprechenden Plausibilitätsregel nicht möglich sei, solle der perzentilbasierte Referenzbereich überdacht werden.

AK-ID 851912 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen

58 der 1.050 datenliefernden Standorte (5,5 %) wurden bezüglich der *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen* rechnerisch auffällig. Von diesen Standorten waren 28 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 rechnerisch auffällig. An 15 Standorte wurden Hinweise verschickt sowie von 43 Standorten Stellungnahmen angefordert. Als weiterführende Maßnahmen wurde mit einem Standort eine Besprechung durchgeführt und mit weiteren vier Standorten eine Zielvereinbarung abgeschlossen. Bei 18 Standorten ließ sich im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine korrekte Dokumentation und bei 25 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation feststellen. Zwei Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2019 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

In dem Bericht einer LQS wurde erwähnt, dass aus einem angeforderten OP-Bericht hervorgegangen sei, dass die beschriebenen Komplikationen in zwei Fällen hätten dokumentiert werden müssen. In dem Bericht einer anderen LQS wird darauf verwiesen, dass Diskrepanzen zwischen Kodierung und QS-Dokumentation selten auf Dokumentationsmängel aufgrund von Unterschieden zwischen der Kodierrichtlinie und QS-Ausfüllhinweisen hindeuten.

Tabelle 16: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP

| AK-ID | 850231 | 851911 | 851912 |
|--|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 778 | 767 | 1.050 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 11 | 54 | 58 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 2 | 12 | 28 |

| AK-ID | 850231 | 851911 | 851912 |
|---|--------|--------|--------|
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 1 | 0 | 0 |
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 1 | 0 |
| Hinweise verschickt | 3 | 11 | 15 |
| Stellungnahmen angefordert | 8 | 42 | 43 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 1 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 4 | 4 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 2 | 4 | 18 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 6 | 38 | 25 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 1 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 0 | 4 | 2 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 0 | 0 |

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

AK-ID 851911 = Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-)Ovariectomie

AK-ID 851912 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen

5.1.7 Mammachirurgie (18n1-MAMMA)

AK-ID 852000 = Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kodes 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund [neu zum EJ 2020]

In Bezug auf die *Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kodes 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund* wurden 32 der 692 datenliefernden Standorte (4,6 %) rechnerisch auffällig. Für einen Standort wurden keine Maßnahmen ergriffen, jedoch wurde an 9 Standorte ein Hinweis verschickt und von 22 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 3 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 19 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Im Bericht einer LQS wird zu diesem AK erwähnt, dass an einem Standort Maßnahmen eingeleitet worden seien, ohne diese konkreter zu benennen.

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

In Bezug auf die *Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde* wurden 12 der 669 datenliefernden Standorte (1,7 %) rechnerisch auffällig. Davon wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2019 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An einen Standort wurde ein Hinweis verschickt und von elf Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für zwei Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für neun Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Im Erfassungsjahr 2019 dokumentierte ein Standort bereits fehlerhaft.

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

14 der 663 datenliefernden Standorte (2,1 %) wurden in Bezug auf die *Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“* rechnerisch auffällig. An vier Standorte wurden Hinweise verschickt und von zehn Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für zwei Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für sieben Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für einen weiteren Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

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

9 der 671 datenliefernden Standorte (1,3 %) wurden zur *Häufigen Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“* rechnerisch auffällig. Von diesen neun Standorten wurde eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für vier Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für fünf Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

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

Von 663 datenliefernden Standorten waren zehn Standorte (1,5 %) bezüglich der *Häufigen Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“* rechnerisch auffällig. An zwei Standorte wurde ein Hinweis verschickt und von acht Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und für sieben Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 17: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA

| AK-ID | 852000 | 813068 | 850363 | 850364 | 850372 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 692 | 669 | 663 | 671 | 663 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 32 | 12 | 14 | 9 | 10 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |

| AK-ID | 852000 | 813068 | 850363 | 850364 | 850372 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maßnahmen | | | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 9 | 1 | 4 | 0 | 2 |
| Stellungnahmen angefordert | 22 | 11 | 10 | 9 | 8 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 19 | 9 | 7 | 5 | 7 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

AK ID 852000 = Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kodes 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund

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

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

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

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

5.1.8 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 677 Standorten, die Daten zur *Häufig fehlenden Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlenden Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlenden Angabe des Base Excess* lieferten, wurden 32 Standorte (4,7 %) rechnerisch auffällig. Dabei wiesen zehn Standorte im Erfassungsjahr

2019 und weitere zwei Standorte im Erfassungsjahr 2018 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An 9 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 23 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 3 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 18 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Außerdem wurde für zwei Standorte die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Vier Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2019 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Als weiterführende Maßnahmen wurde mit einem Standort eine Besprechung durchgeführt.

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

51 der 641 datenliefernden Standorte (8,0 %) wurden hinsichtlich der *Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten* rechnerisch auffällig. Davon waren zehn Standorte im Erfassungsjahr 2019 und drei Standorte im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 12 Standorte Hinweise verschickt und von 39 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für einen Großteil, nämlich 26 Standorte, die korrekte Dokumentation bestätigt werden. An 13 Standorten wurde eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert und damit eine seit EJ 2019 mehr als doppelt so hohe Anzahl (EJ 2019: n = 4 vs. EJ 2020 n = 13). Mit einem Standort wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen. Ein Standort wies bereits im Erfassungsjahr 2019 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 18: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GE BH

| AK-ID | 850224 | 850318 |
|--|---------------|---------------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 677 | 641 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 32 | 51 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 10 | 10 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 2 | 3 |
| Maßnahmen | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 9 | 12 |
| Stellungnahmen angefordert | 23 | 39 |
| Weiterführende Maßnahmen | | |
| Besprechung | 1 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 1 |

| AK-ID | 850224 | 850318 |
|---|--------|--------|
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 3 | 26 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 18 | 13 |
| Sonstiges [S91, S99] | 2 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 4 | 1 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 0 |

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

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

5.1.9 Neonatologie (NEO)

AK-ID 850206 = Aufnahmetemperatur nicht angegeben

26 der 521 datenliefernden Standorte (5,0 %) wiesen bezüglich des Auffälligkeitskriteriums *Aufnahmetemperatur nicht angegeben* eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon waren drei Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 und ein Standort im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 7 Standorte Hinweise verschickt sowie von 19 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs stellte sich heraus, dass 4 Standorte korrekt und 14 Standorte fehlerhaft dokumentiert haben. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2019 und ein weiterer Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2019 und 2018 fehlerhaft.

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

Hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums *Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme* wurden 17 der 333 datenliefernden Standorte (5,1 %) rechnerisch auffällig, wovon ein Standort bereits im Vorjahr auffällig war. Es wurde an acht Standorte ein Hinweis verschickt und von neun Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde die Dokumentation von einem Standort als korrekt und von acht weiteren Standorten als fehlerhaft identifiziert.

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

Im Auffälligkeitskriterium *Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab* wurden 2 der 391 datenliefernden Standorte (0,5 %) rechnerisch auffällig. An diese zwei Standorte wurden Hinweise verschickt.

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

Im Auffälligkeitskriterium *Hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis* wurden 3 der 324 datenliefernden Standorte (0,9 %) rechnerisch auffällig. Es wurden an zwei Standorte Hinweise

verschickt und von einem Standort wurde eine Stellungnahme angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für diesen einen Standort eine korrekte Dokumentation nachgewiesen werden.

Hinweis IQTIG: Nach Anpassung der Regenregeln liegen kaum noch Auffälligkeiten vor, weshalb das AK zu EJ 2021 gestrichen wird.

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

20 der 133 datenliefernden Standorte (15,0 %) wiesen bezüglich des Auffälligkeitskriteriums *Letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert* eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon waren acht Standorte im Erfassungsjahr 2019 und vier Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. An acht Standorte wurden Hinweise verschickt und von zwölf Standorten wurde eine Stellungnahme angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für zehn Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für einen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

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

Hinsichtlich zu *Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht* waren 9 der 266 datenliefernden Standorte (3,4 %) rechnerisch auffällig. An einen Standort wurden Hinweise verschickt und von acht weiteren Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für alle acht Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

In dem Bericht einer LQS wird darauf verwiesen, dass bei mehreren rechnerisch auffälligen Standorten korrekt dokumentiert worden sei und weitere Einflussfaktoren wie ein Mehrlingsstatus mitberücksichtigt werden sollten.

Hinweis IQTIG: Das AK wird nach Anpassung der Rechenregel und keinen Dokumentationsfehlern zu EJ 2021 bis zu einer möglichen Anpassung pausiert.

AK-ID 851902 = Häufig fehlende Angabe der BPD

Im Auffälligkeitskriterium *Häufig fehlende Angabe der BPD* wurden 27 der 185 datenliefernden Standorte (14,6 %) rechnerisch auffällig, wovon im Vorjahr bereits fünf Standorte rechnerisch auffällig waren. An 3 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 24 Standorten Stellungnahmen angefordert. Als weiterführende Maßnahme wurde eine Zielvereinbarung für einen Standort abgeschlossen. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für zwölf Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für zehn Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für zwei Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Im Bericht einer LQS wurde darauf verwiesen, dass der Titel des AK die Rechenregeln nicht korrekt abbilden würde, da bei der Angabe keiner BPD eine milde BPD miteingeschlossen sei.

Hinweis IQTIG: Der Titel zum EJ 2021 geändert in „Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD“.

AK-ID 852001 = Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung [neu zum EJ 2020]

Im Auffälligkeitskriterium *Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung* wurden 22 der 225 datenliefernden Standorte (9,7 %) rechnerisch auffällig. An 6 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 16 Standorten Stellungnahmen angefordert. Als weiterführende Maßnahme wurden Zielvereinbarungen für zwei Standorte abgeschlossen. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für zehn Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für vier Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für zwei Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Tabelle 19: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul NEO

| AK-ID | 850206 | 850207 | 851800 | 851812 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 521 | 333 | 391 | 324 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 26 | 17 | 2 | 3 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Maßnahmen | | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 7 | 8 | 2 | 2 |
| Stellungnahmen angefordert | 19 | 9 | 0 | 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] | 4 | 1 | 0 | 1 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 14 | 8 | 0 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 1 | 0 | 0 | 0 |

| AK-ID | 850206 | 850207 | 851800 | 851812 |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 1 | 0 | 0 | 0 |

AK-ID 850206 = Aufnahmetemperatur nicht angegeben

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

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

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

Tabelle 20: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul NEO

| AK-ID | 851813 | 851814 | 851902 | 852001 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 133 | 266 | 185 | 225 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 20 | 9 | 27 | 22 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 8 | 0 | 5 | 0 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Maßnahmen | | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 8 | 1 | 3 | 6 |
| Stellungnahmen angefordert | 12 | 8 | 24 | 16 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 10 | 8 | 12 | 10 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 1 | 0 | 10 | 4 |
| Sonstiges [S91, S99] | 1 | 0 | 2 | 2 |

| AK-ID | 851813 | 851814 | 851902 | 852001 |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

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

AK-ID 851902 = Häufig fehlende Angabe der BPD

AK-ID 852001 = Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung

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

AK-ID 850147 = Angabe von ASA 5

Von 1.114 Standorten, die Daten zur *Angabe von ASA 5* lieferten, wurden 26 Standorte (2,3 %) rechnerisch auffällig. Davon waren drei Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 rechnerisch auffällig. Es wurden an 12 Standorte Hinweise verschickt und von 14 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog wurde bei neun Standorten eine korrekte Dokumentation bestätigt und für neun Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

Im Bericht einer LQS wurde darauf hingewiesen, dass es sich bei den entsprechenden Fällen meist um eine alternativlose Indikationsstellung gehandelt habe.

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

31 der 56 datenliefernden Standorte (55,4 %) wurden hinsichtlich einer *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation* rechnerisch auffällig. Davon waren drei Standorte im Erfassungsjahr 2019 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 14 Standorte Hinweise verschickt und von 17 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für sechs Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für elf Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2019 fehlerhaft.

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

Von 219 datenliefernden Standorten wurden 16 Standorte (7,3 %) hinsichtlich einer *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen* rechnerisch auffällig. An sechs Standorte wurde ein Hinweis verschickt und von zehn Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für sechs Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für vier Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Aus dem Bericht einer LQS geht hervor, dass von einer rechnerisch auffälligen Einrichtung die Epikrisen angefordert wurden und eine fehlerhafte Dokumentation vorlag. Die für die QS-Dokumentation angegebenen Komplikationen haben in zwei Fällen nicht vorgelegen.

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

| AK-ID | 850147 | 850148 | 850149 |
|---|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 1.114 | 56 | 219 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 26 | 31 | 16 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 3 | 3 | 0 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 1 | 0 |
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 12 | 14 | 6 |
| Stellungnahmen angefordert | 14 | 17 | 10 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 5 | 6 | 6 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 9 | 11 | 4 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 0 | 1 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 0 | 0 |

AK-ID 850147 = Angabe von ASA 5

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

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

5.1.11 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

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

In Hinblick auf die *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation* wiesen 23 der 714 datenliefernden Standorte (3,2 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf, von denen sieben Standorte im Erfassungsjahr 2019 und ein Standort im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig waren. Von 14 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert und an die übrigen 9 Standorte Hinweise versandt. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 13 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2019 fehlerhaft.

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

33 der 958 datenliefernden Standorte (3,4 %) wurden hinsichtlich der *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen* rechnerisch auffällig, von denen vier Standorte im Vorjahr und ein Standort im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig waren. An 18 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 15 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 13 Standorte eine fehlerhafte und für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation identifiziert. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 851804 = Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

19 der 851 datenliefernden Standorte (2,2 %) wiesen hinsichtlich der *Irrtümlich angelegten Prozedurbögen* eine rechnerische Auffälligkeit auf, von denen acht Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 und drei Standorte im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig waren. An 4 Standorte wurden Hinweise verschickt und von den restlichen 15 Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für drei Standorte eine korrekte Dokumentation festgestellt werden. Die restlichen zwölf Standorte dokumentierten fehlerhaft, drei davon bereits im Erfassungsjahr 2019. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2019 und 2018 fehlerhaft. Als weiterführende Maßnahme wurde mit drei Standorten eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Im Bericht einer LQS wurde erwähnt, dass ein Standort vom Fachgremium Traumatologie/Orthopädie zu Schulungsmaßnahmen aufgefordert wurde.

AK-ID 851905 = Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für das Auffälligkeitskriterium *Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer* lieferten 1.076 Standorte Daten. Von diesen wurden fünf Standorte (0,5 %) rechnerisch auffällig. Ein Standort erhielt Hinweise und von vier Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Es stellte sich im Strukturierten Dialog heraus, dass zwei Standorte korrekt und zwei Standorte fehlerhaft dokumentierten.

AK-ID 851906 = Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung

29 der 1.226 datenliefernden Standorte (2,4 %) zur *Häufigen Fehldokumentation der Seitenlokalisierung* wurden rechnerisch auffällig, wovon elf Standorte im Vorjahr rechnerisch auffällig waren. An 10 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 19 weiteren Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation und für 17 Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Sieben Standorte dokumentierten bereits im Erfassungsjahr 2019 fehlerhaft.

Hinweis IQTIG: Dieses AK wird zukünftig über eine harte Plausibilitätsregel abgebildet und daher zu EJ 2021 gestrichen.

AK-ID 851907 = Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts

Im Auffälligkeitskriterium zur *Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts* wurden 31 der 751 datenliefernden Standorte (4,1 %) rechnerisch auffällig. Davon waren drei Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 rechnerisch auffällig. Es wurden an 13 Standorte Hinweise verschickt und von 18 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs stellten sich 5 Dokumentationen als korrekt und 13 als fehlerhaft heraus. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2019 fehlerhaft. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

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

| AK-ID | 850151 | 850152 | 851804 | 851905 | 851906 | 851907 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 714 | 958 | 851 | 1.076 | 1.226 | 751 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 23 | 33 | 19 | 5 | 29 | 31 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 7 | 4 | 8 | 0 | 11 | 3 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Maßnahmen | | | | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 9 | 18 | 4 | 1 | 10 | 13 |
| Stellungnahmen angefordert | 14 | 15 | 15 | 4 | 19 | 18 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| AK-ID | 850151 | 850152 | 851804 | 851905 | 851906 | 851907 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Zielvereinbarung | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 13 | 13 | 12 | 2 | 17 | 13 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumenta- tion [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 1 | 0 | 3 | 0 | 7 | 1 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumenta- tion [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |

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

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

AK-ID 851804 = Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

AK-ID 851905 = Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

AK-ID 851906 = Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung

AK-ID 851907 = Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts

5.1.12 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

AK-ID 850305 = Angabe von ASA 5

Hinsichtlich der *Angabe von ASA 5* wurde einer der 1.072 datenliefernden Standorte (0,1 %) rechnerisch auffällig. Es wurde von diesem Standort eine Stellungnahme angefordert und im Strukturierten Dialog die Dokumentation als fehlerhaft bewertet.

Hinweis IQTIG: Das AK wird aufgrund weniger rechnerischer Auffälligkeiten seit EJ 2018 zu EJ 2021 gestrichen.

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

18 der 1.045 datenliefernden Standorte (1,7 %) wurden hinsichtlich der *Häufigen Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen* rechnerisch auffällig, von denen ein Standort bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig war. An zwei Standorte wurde ein Hinweis verschickt. Von 16 Standorten, für die eine Stellungnahme angefordert wurde, lag im Ergebnis des Strukturierten Dialogs bei 8 Standorten eine korrekte und bei 7 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation vor. Ein Standort wurde mit „Sonstiges“ bewertet. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2019 fehlerhaft.

Im Bericht einer LQS wurde erwähnt, dass der Fachausschuss einem Standort mit auffälligem Ergebnis ein hausinternes Gespräch mit der Abteilung für Anästhesiologie zum Thema ASA-Klassifikation empfohlen habe. Im Bericht einer weiteren LQS wurde erwähnt, dass eine korrekte Dokumentation der ASA-Klassifikation vorgelegen habe, es sich allerdings um alternativlose Indikationsstellungen bei frakturbedingten Implantationen gehandelt habe.

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

Bezüglich der *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen* wurden 23 der 461 datenliefernden Standorte (4,99 %) rechnerisch auffällig. Davon waren acht Standorte im Erfassungsjahr 2019 und vier Standorte im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 13 Standorte Hinweise verschickt und von 10 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden für acht Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert, wovon zwei Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft dokumentierten. Für zwei Standorte konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

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

19 der 197 datenliefernden Standorte (9,6 %) waren in Bezug auf die *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation* rechnerisch auffällig. Davon waren zwei Standorte im Erfassungsjahr 2019 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 4 Standorte Hinweise verschickt sowie von 15 Standorten Stellungnahmen angefordert, für die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs die Dokumentation bei 4 Standorten als korrekt und bei 11 weiteren Standorten als fehlerhaft bewertet wurde.

AK-ID 851908 = Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Bezüglich des Auffälligkeitskriteriums *Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer* wurden 31 der 973 datenliefernden Standorte (3,1 %) rechnerisch auffällig. Von diesen waren vier Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 rechnerisch auffällig. 8 Standorte erhielten daraufhin einen Hinweis und von 23 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis stellte sich heraus, dass 14 Standorte korrekt und 9 Standorte fehlerhaft dokumentierten. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2019 fehlerhaft.

AK-ID 851909 = Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung

In Hinblick auf die *Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung* wurden 25 der 1.072 datenliefernden Standorte (2,3 %) rechnerisch auffällig, von denen 2 Standorte bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig waren. Es wurden an 4 Standorte Hinweise verschickt und von 21 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 2 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 18 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Bei einem weiteren Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2019 fehlerhaft.

Im Bericht einer LQS wird darauf verwiesen, dass an einem Standort Schulungsmaßnahmen zur korrekten Dokumentation eingeleitet wurden. In einem anderen Bericht wurde auf einen Zeitverzug durch das Computerprogramm verwiesen, wodurch in vier Fällen OPS-Kodes fehlerhaft

dokumentiert waren. Der Standort wurde entschuldigt, aber darauf hingewiesen, auf die korrekte Dokumentation zu achten.

Hinweis IQTIG: Dieses AK wird zukünftig über eine harte Plausibilitätsregel abgebildet und daher zu EJ 2021 gestrichen.

AK-ID 851910 = Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts

Bezüglich der *Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts* wurden 3 von 100 Standorten (3,0 %) rechnerisch auffällig. Von zwei Standorten wurden Stellungnahmen angefordert und an einen Standort wurden Hinweise verschickt. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden für diese zwei Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert.

Im Bericht einer LQS wurde berichtet, dass in einem Fall ein Subluxationsphänomen der Knieprothese bei Midflex-Stellung des Kniegelenkes nicht dokumentiert wurde. In einem anderen Fall wurden zwar die Komplikationen (Infektion) dokumentiert, jedoch das Datum der stationären Aufnahme für den Revisionseingriff falsch eingetragen.

Tabelle 23: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul KEP

| AK-ID | 850305 | 850306 | 850307 | 850336 | 851908 | 851909 | 851910 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 1.072 | 1.045 | 461 | 197 | 973 | 1.072 | 100 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | | | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 1 | 18 | 23 | 19 | 31 | 25 | 3 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 0 | 1 | 8 | 2 | 4 | 2 | 0 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Maßnahmen | | | | | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 0 | 2 | 13 | 4 | 8 | 4 | 1 |
| Stellungnahmen angefordert | 1 | 16 | 10 | 15 | 23 | 21 | 2 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | | | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| AK-ID | 850305 | 850306 | 850307 | 850336 | 851908 | 851909 | 851910 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | | | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 0 | 8 | 2 | 4 | 14 | 2 | 0 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 1 | 7 | 8 | 11 | 9 | 18 | 2 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | | | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

AK-ID 850305 = Angabe von ASA 5

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

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

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

AK-ID 851908 = Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

AK-ID 851909 = Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung

AK-ID 851910 = Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts

5.1.13 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)

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

Hinsichtlich einer Häufigen Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1) wurden 65 der 1.723 datenliefernden Standorte (3,8 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen elf Standorte im Erfassungsjahr 2019 und zwei Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2018 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Insgesamt wurden an 7 Standorte Hinweise verschickt und von 58 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 3 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 54 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Davon dokumentierten zehn Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 und zwei Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft. Für einen Standort erfolgte die Bewertung „Sonstiges“. Als weiterführende Maßnahme wurde mit acht Standorten eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

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

Hinsichtlich einer Häufigen Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ wurden 24 der 1.723 datenliefernden Standorte (1,4 %) rechnerisch auffällig, von denen 11 Standorte im Vorjahr und 8 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig waren. Es wurde an 5 Standorte Hinweise verschickt und von 19 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 6 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 13 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Bereits im Erfassungsjahr 2019 dokumentierten davon drei Standorte und seit dem Erfassungsjahr 2018 zwei Standorte fehlerhaft. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Hinweis IQTIG: Aufgrund der verschiedenen Klassifikationssysteme (von DIMDI/BfArM an E-PUAP) wird bis zur Klärung der Verwendung dieser das AK zu EJ 2021 pausiert.

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

35 der 1.723 datenliefernden Standorte (2,0 %) wurden hinsichtlich der *Relativen Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik* rechnerisch auffällig. Davon waren vier Standorte im Erfassungsjahr 2019 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 9 Standorte Hinweise verschickt und von 26 Standorten eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 10 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 13 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden. Für drei weitere Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Zwei Standorte dokumentierten bereits im Erfassungsjahr 2019 fehlerhaft. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Im Bericht einer LQS wurde darauf verwiesen, dass für einen Standort die Bewertung „Sonstiges“ aufgrund eines Softwarefehlers gewählt wurde. Hierdurch sei es zu einer Unterdokumentation der Risikostatistik gekommen.

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

| AK-ID | 850359 | 850361 | 851805 |
|--|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 1.723 | 1.723 | 1.723 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 65 | 24 | 35 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 11 | 11 | 4 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 2 | 8 | 1 |

| AK-ID | 850359 | 850361 | 851805 |
|---|--------|--------|--------|
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 7 | 5 | 9 |
| Stellungnahmen angefordert | 58 | 19 | 26 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 8 | 1 | 1 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 3 | 6 | 10 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 54 | 13 | 13 |
| Sonstiges [S91, S99] | 1 | 0 | 3 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 10 | 3 | 2 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 2 | 3 | 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 851805 = Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

5.1.14 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

AK-ID 811822 = Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

54 der 1.453 datenliefernden Standorte (3,7 %) wurden hinsichtlich einer *Häufigen Angabe von chronischer Bettlägerigkeit* rechnerisch auffällig. Von diesen waren 18 Standorte im Erfassungsjahr 2019 und 7 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig waren. An elf Standorte wurden Hinweise verschickt. Von 43 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert, von denen 26 Standorte im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als korrekt dokumentiert eingestuft wurden. Bei 14 Standorten war die Dokumentation hingegen fehlerhaft, wovon 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2019 fehlerhaft dokumentierten. Für drei Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Im Bericht einer LQS wird darauf verwiesen, dass es sich um korrekte Dokumentationen gehandelt habe und regelmäßig um Standorte im ländlichen Raum mit überalterter Bevölkerung handele. Die Patientinnen und Patienten kämen gehäuft aus familiär pflegenden Haushalten oder stationären Pflegeeinrichtungen. Aufgrund des perzentilbasierten Referenzbereichs würden daher dieselben Standorte zwar häufig rechnerisch, jedoch nicht qualitativ auffällig.

Hinweis IQTIG: Patientinnen und Patienten aus einer stationären Pflegeeinrichtung sind explizit aus dem AK ausgeschlossen.

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

In Hinblick auf den *Häufig gleichen Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“* wurden 32 der 1.441 datenliefernden Standorte (2,2 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen zehn Standorte im Erfassungsjahr 2019 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An 7 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 25 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 13 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 12 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Als weiterführende Maßnahme wurde mit vier Standorten eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Im Bericht einer LQS wurde angemerkt, den perzentilbasierten Referenzbereich zu ändern.

Hinweis IQTIG: Das AK wird nach Analyse des IQTIG zu EJ 2021 zunächst pausiert und soll nach Rücksprache mit dem zuständigen Expertengremium überarbeitet werden.

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

Bezüglich der *Häufigen Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“* wurden 38 der 1.441 datenliefernden Standorte (2,6 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 13 Standorte im Erfassungsjahr 2019 und 2 Standorte im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. An 5 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 33 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 28 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 5 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Im Bericht einer LQS wird darauf verwiesen, dass es sich häufig um Patientinnen und Patienten handele, die über die Notaufnahme aufgenommen würden, und die Atemfrequenz über Monitore erfasst würde und somit korrekt sei.

AK-ID 851900 = Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

Bei der Angabe eines *Häufig dokumentierten Therapieverzichts kurz vor Versterben* wurden 11 der 1.184 datenliefernden Standorte (0,9 %) rechnerisch auffällig. Fünf dieser Standorte erhielten einen Hinweis, sechs Standorte eine Aufforderung zur Stellungnahme. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs stellte sich heraus, dass fünf Standorte korrekt und ein Standort fehlerhaft dokumentierten.

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

| AK-ID | 811822 | 811825 | 811826 | 851900 |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Standorte | 1.453 | 1.441 | 1.441 | 1.184 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 54 | 32 | 38 | 11 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | 18 | 10 | 13 | 0 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | 7 | 1 | 2 | 0 |
| Maßnahmen | | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 11 | 7 | 5 | 5 |
| Stellungnahmen angefordert | 43 | 25 | 33 | 6 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 26 | 13 | 28 | 5 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 14 | 12 | 5 | 1 |
| Sonstiges [S91, S99] | 3 | 2 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 0 | 0 | 0 | 0 |

AK-ID 811822 = Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

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

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

AK-ID 851900 = Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

5.2 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Zum Erfassungsjahr 2020 wurden 8 indirekte QS-Verfahrensgebiete mithilfe von 50 verfahrensbezogenen Auffälligkeitskriterien geprüft. Darunter fallen 11 QS-Verfahren mit 16 Auswertungsmodulen, für die Ergebnisse dargestellt werden, da für alle Auswertungsmodule Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit vorhanden sind.

Allerdings beziehen sich die Ergebnisse zu den Vollzähligkeits-AKs nicht auf alle Bundesländer, da ein großes Bundesland keine Berechnung für diese vorgenommen hat. Grund war, dass zum Erfassungsjahr 2020 die Besonderheit bestand, dass die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausschließlich auf IKNR-Ebene ausgewertet werden mussten, da diese nicht auf Standortebene übermittelt wurden. Dies beinhaltete neben den Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation auch die Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz. Da bei den AKs zur Vollzähligkeit die Ist- und Soll-Zahlen in Beziehung gesetzt werden, mussten die Ist-Daten auf Standortebene aufaddiert werden.

Ein Vergleich mit den Vorjahren ist aufgrund dieser Besonderheit und aufgrund dessen, dass für ein gesamtes Bundesland keine Ergebnisse vorliegen, nicht möglich. Daher werden nachfolgend die wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und die wiederholt im Strukturierten Dialog als fehlerhaft bewerteten AKs nicht berichtet.

Es lassen sich grundsätzlich drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in den indirekten QS-Verfahren unterscheiden:

1. Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation zzgl. der Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation in Zählleistungsbereichen und der Unterdokumentation von Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Patientinnen und -Patienten)
2. Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation
3. Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz (MDS)

Die Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation werden in den indirekten QS-Verfahren, wie bereits zu EJ 2019, nur noch in den einzelnen Zählleistungsbereichen bei *HEP* und *KEP* sowie in *DEK* zur Unterdokumentation der Risikostatistik geprüft. Die Referenzbereiche für diese Unterdokumentations-AKs liegen bei $\geq 95,0\%$. In wenigen Verfahren wird eine Unterdokumentation von Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Patientinnen und -Patienten) geprüft (*HEP*, *KEP*, *Herzschrittmacherversorgung und implantierbare Defibrillatoren (09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV, 09n4-DEFI-IMPL, 09n5-DEFI-AGGW, 09n6-DEFI-REV)*). Mit diesem Auffälligkeitskriterium wird begutachtet, ob alle Datensätze zu GKV-Patientinnen und GKV-Patienten vollständig und plausibel sind. Für nicht angegebene Fälle kann kein Pseudonym für Patientinnen und Patienten gebildet werden, sodass diese Fälle aus den Follow-up-Indikatoren herausfallen. Ein Krankenhausstandort wird rechnerisch auffällig, wenn mehr als 5 % seiner dokumentationspflichtigen GKV-Fälle nicht als solche zu identifizieren sind.

Die Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation werden weiterhin in allen indirekten QS-Verfahren geprüft. Die Referenzbereiche für diese Auffälligkeitskriterien liegen bei $\leq 110,0\%$.

Die Auffälligkeitskriterien zum MDS wurden in allen indirekten QS-Verfahren angewandt. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium 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.

Hinweise auf Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten oder fehlerhafte Dokumentationen der indirekten QS-Verfahren werden auf Grundlage der „Länderberichte zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2020“ beschrieben. Aufgeführte Gründe für rechnerische Auffälligkeiten oder fehlerhafte Dokumentationen in der Vollzähligkeit werden im Folgenden für alle QS-Verfahren zusammengefasst beschrieben.

Folgende Herausforderungen bzw. Gründe für rechnerische Auffälligkeiten und fehlerhafte Dokumentationen hinsichtlich der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden neben tatsächlichen Dokumentationsfehlern von den LQS angeführt. Wie in den Vorjahren wurde die Abhängigkeit der Krankenhäuser von den verwendeten Softwareprodukten, die fehlerhafte Umsetzung der Spezifikation, ein nicht zufriedenstellender Support sowie späte Updates, Releases, Hotfixes, Patches etc. genannt, welche kurz vor Abgabeschluss den Verantwortlichen vor Ort oft die notwendige Endkontrolle und den Feinabgleich erschweren würden. Weiter wurden Gründe wie allgemeine Softwarefehler oder personelle Umstrukturierungen in den Häusern angeführt. Softwarefehler wurden als Gründe für rechnerische Auffälligkeiten und fehlerhafte Dokumentationen sowohl für die Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation angegeben (Zählleistungsbereiche *HEP/KEP* und Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und Patienten) sowie für die Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation. Zusätzlich zu Softwareproblemen, wie bspw. dem Export von Fällen trotz Stornierung, wurden für die Überdokumentation noch Fallzusammenführungen und ICD-Korrekturen bei der Änderung von Abrechnungsdaten begründet.

Im Folgenden wird ein Überblick über die Verteilung der datenliefernden Krankenhäuser (IKNR), der rechnerischen Auffälligkeiten, Maßnahmen, weiterführenden Maßnahmen, Bewertungen nach Strukturiertem Dialog, insbesondere zu den fehlerhaften Dokumentationen, für die Auffälligkeitskriterien gegeben. Ebenso werden die relativen Anteile bspw. der fehlerhaften Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen mithilfe eines Säulendiagramms zu den Auffälligkeitskriterien berichtet. Danach werden die Ergebnisse für die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit auf AK-Ebene verfahrensbezogen dargestellt. Alle Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium sowie die detaillierten Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium sind den Tabellen im Anhang aus Kapitel 4 zu entnehmen. Ebenso finden sich im Anhang die erfolgten Maßnahmen und Einstufungen je Bundesland gesondert aufgeführt (Kapitel 4).

Für alle indirekten QS-Verfahren, zu denen Daten an das IQTIG übermittelt wurden, liegen zur Vollzähligkeit insgesamt 43.126 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien vor, die sich daraus ergeben, dass ein Krankenhaus (IKNR) auch zu mehreren Auffälligkeitskriterien Daten liefern kann. Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2020 wurden bei der Überprüfung der 50 Auffälligkeitskriterien insgesamt 366 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von $0,85\%$ an allen rechnerischen Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.

Für die 366 rechnerischen Auffälligkeiten wurde an 241 Krankenhäusern (IKNR) das Verfahren zum Strukturierten Dialog eingeleitet. Es wurden insgesamt 114 (31,1 %) Hinweise verschickt und 241 (65,8 %) Stellungnahmen angefordert. Insgesamt wurde 11-mal keine Maßnahme ergriffen [S90].

Ausgehend von 241 Stellungnahmen erfolgte eine Zielvereinbarung (0,4 %), aber es gab keine Besprechungen und Begehungen zur Optimierung der Dokumentationsqualität. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 65-mal (27,0 %) als korrekt [U30, U99] und 175-mal (72,6 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Einmal (0,4 %) erfolgte die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99].

Die Verteilung der datenliefernden Krankenhäuser (IKNR), der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit sind in den zwei folgenden Abbildungen dargestellt (Abbildung 10 und Abbildung 11). Ein Krankenhaus wird als datenliefernd bezeichnet, wenn es zum jeweiligen AK mindestens einen Fall in der Sollstatistik übermittelt hat.

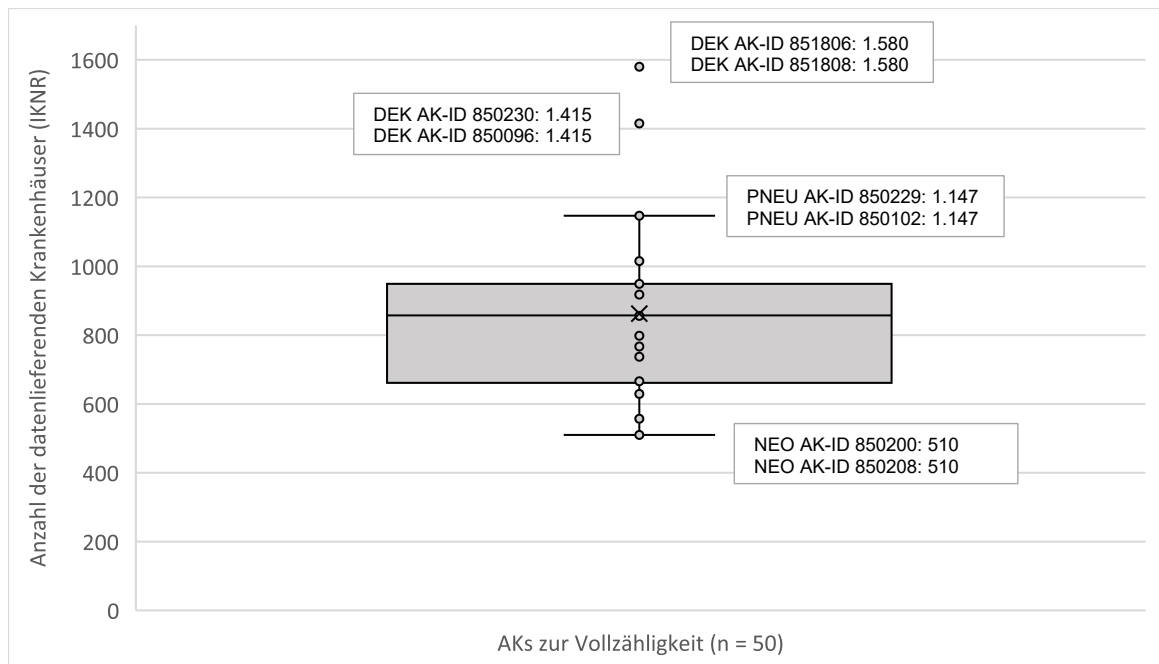


Abbildung 10: Verteilung der datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2020

Im arithmetischen Mittel haben pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit bundesweit 862,5 Krankenhäuser (IKNR) Daten geliefert. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Krankenhaus (IKNR) auch zu mehreren AKs Daten liefern kann. Das Minimum der datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) pro AK liegt bei 510 (AK-ID 850200 und 850208 im Auswertungsmodul *NEO*) Krankenhäusern (IKNR). Das Maximum ist in diesem Fall ein statistischer Ausreißer und liegt bei 1.580 datenliefernden Krankenhäusern (IKNR) im Auswertungsmodul *DEK* für die AK-IDs 851806 und 851808 (Abbildung 10).

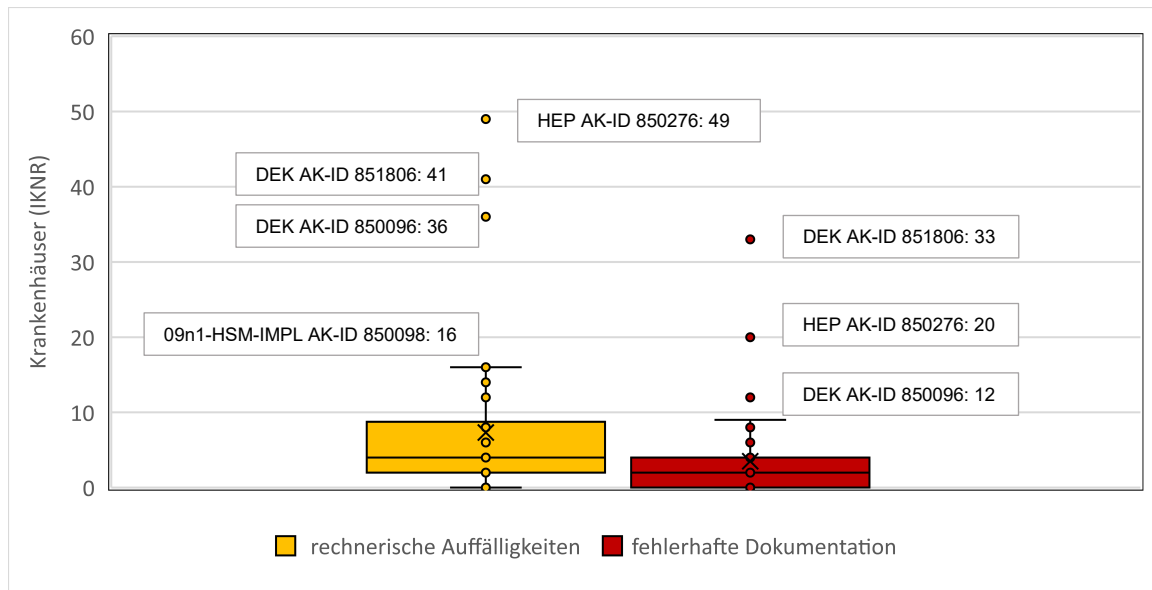


Abbildung 11: Verteilung der Krankenhäuser (IKNR) mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit zum EJ 2020

Abbildung 11 veranschaulicht die Verteilung der rechnerisch auffällig gewordenen Krankenhäuser (IKNR) und festgestellten fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit. Im arithmetischen Mittel waren 7,3 Krankenhäuser (IKNR) pro AK zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren rechnerisch auffällig.

Das Minimum der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser (IKNR) pro AK liegt bei 0 im AK zur Überdokumentation in den QS-Verfahren *Herzschrittmacher und Defibrillatoren* (AK-ID 850194: 09n4-DEFI-IMPL; AK-ID 850195: 09n5-DEFI-AGGW), *Gynäkologische Operationen* (AK-ID 850100: 15n1-GYN-OP), *Geburtshilfe* (AK-ID 850226: 16n1-GEBH) und *Orthopädie/Unfallchirurgie* (AK-ID 850369: HEP und AK-ID 850345: KEP) sowie *Dekubitusprophylaxe* (AK-ID 850230: DEK). Es liegt zusätzlich bei 0 im AK zum Minimaldatensatz und im AK zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten im QS-Verfahren *Herzschrittmacher und Defibrillatoren* (AK-ID 850221 und 851802: 09n5-DEFI-AGGW).

Das Maximum stellt einen statistischen Ausreißer dar und liegt bei 49 rechnerisch auffälligen Krankenhäusern (IKNR) im AK 850276 „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)“ im QS-Verfahren HEP. Das AK mit den am zweithäufigsten rechnerisch auffälligen Krankenhäusern (IKNR) stellt mit 41 rechnerisch auffälligen Krankenhäusern (IKNR) ebenfalls einen statistischen Ausreißer dar und liegt im Auswertungsmodul DEK für das AK 851806 „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik“ (Abbildung 11).

In Bezug auf die fehlerhaften Dokumentationen wiesen unter allen AKs zur Vollzähligkeit minimal kein Krankenhaus (IKNR) und maximal 33 Krankenhäuser (IKNR) pro AK fehlerhafte Dokumentationen auf. Statistische Ausreißer der festgestellten fehlerhaften Dokumentation stellen drei AKs (DEK: AK-ID 851806 und 850096, HEP: AK-ID 850276) dar (Abbildung 11). Im arithmetischen Mittel haben 3,5 Krankenhäuser (IKNR) pro AK zur Vollzähligkeit fehlerhaft dokumentiert.

Bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten zur Vollzähligkeit insgesamt ist zu erkennen, dass sich diese unterschiedlich auf die Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit verteilen. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten bestanden wie auch in den Vorjahren zur Unterdokumentation, obwohl auch wieder zu EJ 2020 nicht mehr alle QS-Verfahren in diesem AK geprüft wurden.

Der Anteil an angeforderten Stellungnahmen und versandten Hinweisen ist unter den AK-Arten Unterdokumentation und MDS vergleichbar, zu den AKs zur Überdokumentation wurden jedoch im Vergleich häufiger Hinweise versendet und seltener Stellungnahmen angefordert. Ein Unterschied besteht weiterhin in der fehlerhaften Dokumentation, die bei dem AK zur Über- und Unterdokumentation bei über 80 % liegt und beim AK zum MDS bei 20 %. Eine korrekte Dokumentation wurde am häufigsten in den AKs zum Minimaldatensatz mit 77,8 % bestätigt (Tabelle 26).

Tabelle 26: Auswertungen des Strukturierten Dialogs differenziert nach den drei Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit insgesamt

| | AKs zur Unterdokumentation | AKs zur Überdokumentation | AKs zum Minimaldatensatz |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten insgesamt) (n = 366) | 174 (47,5 %) | 130 (35,5 %) | 62 (16,9 %) |
| Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten) | | | |
| Keine Maßnahme ergriffen [S90] | 5 (2,9 %) | 6 (4,6 %) | 0 (-) |
| Hinweise verschickt | 42 (24,1 %) | 55 (42,3 %) | 17 (27,4 %) |
| Stellungnahmen angefordert | 127 (73,0 %) | 69 (53,1 %) | 45 (72,6 %) |
| Weiterführende Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen) | | | |
| Besprechung | 0 (-) | 0 (-) | 0 (-) |
| Begehung | 0 (-) | 0 (-) | 0 (-) |
| Zielvereinbarung | 0 (-) | 1 (1,4 %) | 0 (-) |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen) | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 17 (13,4 %) | 13 (18,8 %) | 35 (77,8 %) |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 110 (86,6 %) | 56 (81,2 %) | 9 (20,0 %) |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 (-) | 0 (-) | 1 (2,2 %) |

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen einzuordnen, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Krankenhäusern (IKNR) (Abbildung 12) bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen (Abbildung 13) pro Auffälligkeitskriterium gesetzt.

Im Vergleich zu den anderen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit hatten Krankenhäuser (IKNR) hinsichtlich des AKs 850276 im Auswertungsmodul *HEP* mit 5,2 %, gefolgt von dem AK 850208 im Auswertungsmodul *NEO* mit 3,1 % sowie den AKs 851806 und 850096 im Auswertungsmodul *DEK* mit 2,6 % und 2,5 % die höchsten Anteile rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Krankenhäusern (IKNR). Bei Betrachtung der absoluten Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) unterscheiden sich diese Auswertungsmodule jedoch voneinander. Für *NEO* (n = 510) lieferten bspw. deutlich weniger Krankenhäuser (IKNR) Daten im Vergleich zu *HEP* (n = 949) und *DEK* (n = 1.415 und n = 1.580) (Abbildung 12).

Für 9 der 50 geprüften AKs lagen keine rechnerischen Auffälligkeiten vor, sodass kein Strukturierter Dialog ausgelöst wurde. Für weitere 36 AKs lag der Anteil der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser (IKNR) in Bezug auf die datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) unter 1 % (Abbildung 12).

In Abbildung 13 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. Die jeweilige Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen entspricht der Anzahl von Hinweisen und nicht eingeleiteten Maßnahmen [S90].

Bei den rechnerischen Auffälligkeiten, die im Strukturierten Dialog geprüft wurden, war im Ergebnis der Anteil fehlerhafter Dokumentationen hoch. Bei insgesamt 72,6 % der angeforderten Stellungnahmen (n = 175/241) wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt. Für 18 von 50 AKs wurden nach Bewertung der Stellungnahmen 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt und bei weiteren 4 AKs mehr als 80 % fehlerhafte Dokumentationen (Abbildung 13).

Für die o. g. AKs mit hohem Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Krankenhäusern (IKNR) zeigen sich bei Betrachtung der fehlerhaften Dokumentationen Unterschiede. Das AK 850096 im Auswertungsmodul *DEK* wies bei allen 12 angeforderten Stellungnahmen eine fehlerhafte Dokumentation (100 %) und damit einen hohen Anteil von Dokumentationsfehlern auf, das AK 850276 im Auswertungsmodul *HEP* mit 13 angeforderten Stellungnahmen eine fehlerhafte Dokumentation in 69,2 % und das AK 850208 im Auswertungsmodul *NEO* hingegen weist mit 33,3 % einen der niedrigsten Anteile fehlerhafter Dokumentationen an angeforderten Stellungnahmen auf (Abbildung 13).

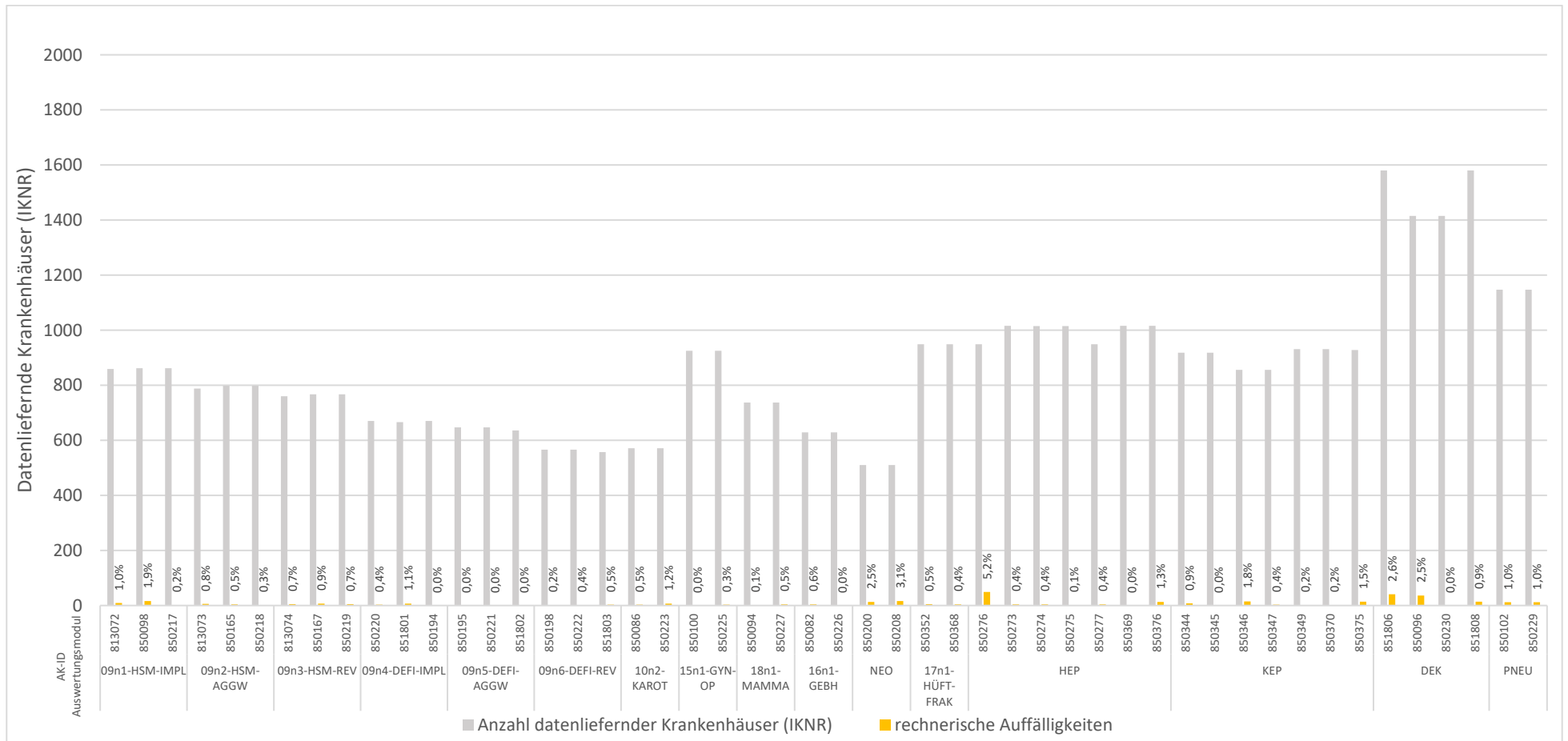


Abbildung 12: Anteil der Krankenhäuser (IKNR) mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Krankenhäusern (IKNR) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit zum EJ 2020

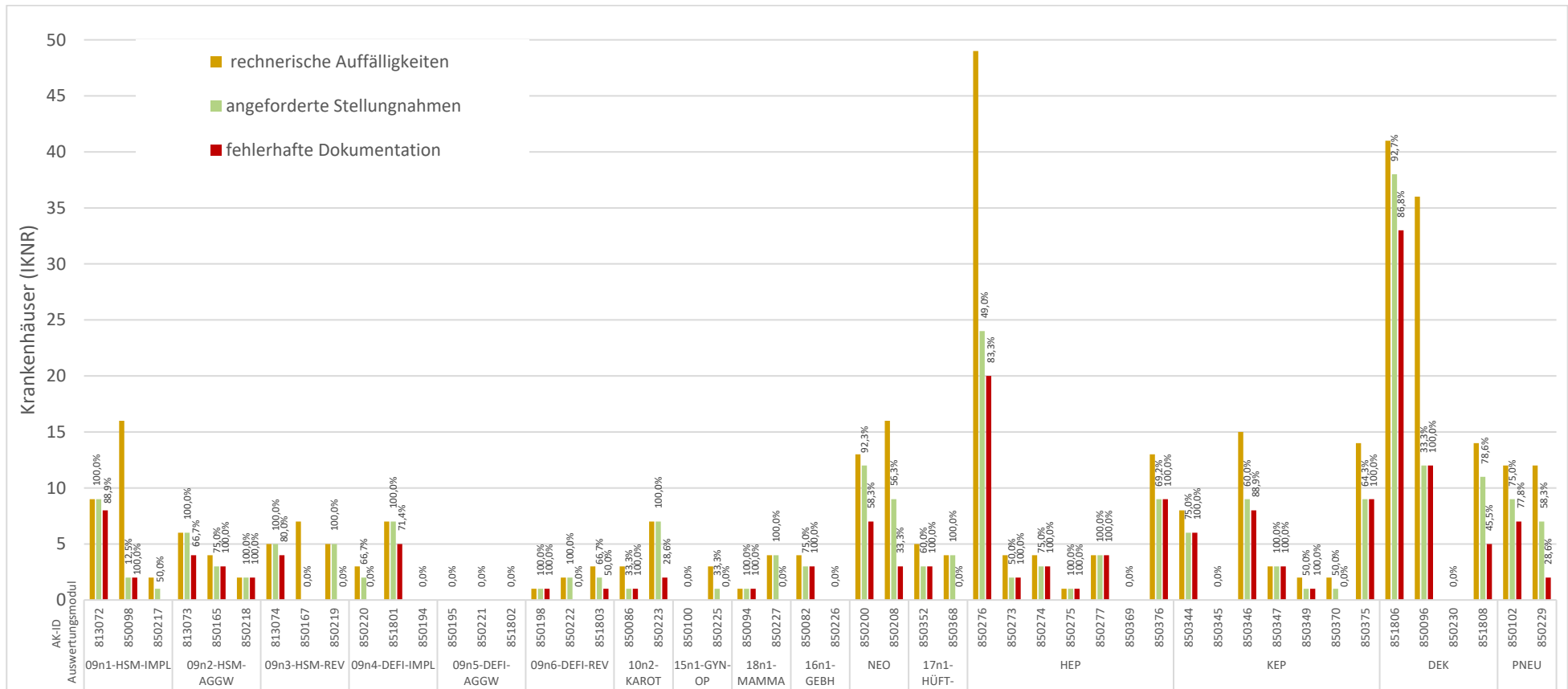


Abbildung 13: Anteil der Krankenhäuser (IKNR) mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Krankenhäuser (IKNR) mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit zum EJ 2020

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

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

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

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 9 der 859 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (1,0 %) rechnerisch auffällig. Es wurden von neun Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für ein Krankenhaus (IKNR) die korrekte Dokumentation bestätigt und für acht Krankenhäuser (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850098 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

16 der 862 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (1,9 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Es wurden an 14 Krankenhäuser (IKNR) Hinweise verschickt. Durch die beiden angeforderten Stellungnahmen konnten für zwei Krankenhäuser (IKNR) fehlerhafte Dokumentationen festgestellt werden.

AK-ID 850217 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

2 der 862 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,2 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Es wurde an ein Krankenhaus (IKNR) ein Hinweis verschickt und von einem Krankenhaus (IKNR) eine Stellungnahme angefordert, für das eine korrekte Dokumentation bestätigt wurde.

Tabelle 27: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL

| AK-ID | 813072 | 850098 | 850217 |
|--|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 859 | 862 | 862 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 9 | 16 | 2 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 0 | 14 | 1 |
| Stellungnahmen angefordert | 9 | 2 | 1 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 |

| AK-ID | 813072 | 850098 | 850217 |
|---|--------|--------|--------|
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 1 | 0 | 1 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 8 | 2 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |

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

AK-ID 850098 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850217 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

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

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wiesen 6 der 788 Krankenhäuser (IKNR) (0,8 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurden von allen sechs Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für zwei Krankenhäuser (IKNR) die korrekte Dokumentation bestätigt und für vier Krankenhäuser (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850165 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* wurden 4 der 798 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,5 %) rechnerisch auffällig. Es wurde an ein Krankenhaus (IKNR) ein Hinweis verschickt und von drei Krankenhäusern (IKNR) wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs lag bei allen drei Krankenhäusern (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation vor.

AK-ID 850218 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Von 798 datenliefernden Krankenhäusern (IKNR) wiesen zwei Krankenhäuser (IKNR) rechnerische Auffälligkeiten (0,3 %) im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* auf. Von beiden Krankenhäusern (IKNR) wurde eine Stellungnahme angefordert und bei beiden Krankenhäusern (IKNR) wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt.

Tabelle 28: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW

| AK-ID | 813073 | 850165 | 850218 |
|---|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 788 | 798 | 798 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 6 | 4 | 2 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 0 | 1 | 0 |
| Stellungnahmen angefordert | 6 | 3 | 2 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 2 | 0 | 0 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 4 | 3 | 2 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |

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

AK-ID 850165 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850218 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

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

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 5 der 760 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,7 %) rechnerisch auffällig. Es wurden von fünf Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für ein Krankenhaus (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. Bei vier Krankenhäusern (IKNR) lag eine fehlerhafte Dokumentation vor.

AK-ID 850167 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

7 der 767 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,9 %) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Es wurden an sieben Krankenhäuser (IKNR) Hinweise verschickt und von keinem Krankenhaus (IKNR) eine Stellungnahme angefordert.

AK-ID 850219 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 5 der 767 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,7 %) rechnerisch auffällig. Es wurden von fünf Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für alle fünf Krankenhäuser (IKNR) die korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 29: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV

| AK-ID | 813074 | 850167 | 850219 |
|--|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 760 | 767 | 767 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 5 | 7 | 5 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 0 | 7 | 0 |
| 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] | 1 | 0 | 5 |

| AK-ID | 813074 | 850167 | 850219 |
|---|--------|--------|--------|
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 4 | 0 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |

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

AK-ID 850167 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850219 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

AK-ID 851801 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

7 der 666 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (1,1 %) wurden hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* rechnerisch auffällig. Von allen sieben Krankenhäusern (IKNR) wurden Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für zwei Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation und für fünf Krankenhäuser (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden.

AK-ID 850194 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* wurde keines der 670 Krankenhäuser (IKNR) rechnerisch auffällig.

AK-ID 850220 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Von 670 Krankenhäusern (IKNR), die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* lieferten, wurden 3 Krankenhäuser (IKNR) (0,4 %) rechnerisch auffällig. An ein Krankenhaus (IKNR) wurde ein Hinweis verschickt und von zwei Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für beide Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 30: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL

| AK-ID | 851801 | 850194 | 850220 |
|--|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 666 | 670 | 670 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 7 | 0 | 3 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |

| AK-ID | 851801 | 850194 | 850220 |
|---|--------|--------|--------|
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 0 | 0 | 1 |
| Stellungnahmen angefordert | 7 | 0 | 2 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 2 | 0 | 2 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 5 | 0 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |

AK-ID 851801 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850194 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850220 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.5 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW)

AK-ID 851802 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Keines der 636 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) wurde hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* rechnerisch auffällig.

AK-ID 850195 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Keines der 647 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig.

AK-ID 850221 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Keines der 647 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig.

Tabelle 31: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n5-DEFI-AGGW

| AK-ID | 851802 | 850195 | 850221 |
|---|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 636 | 647 | 647 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 0 | 0 | 0 |
| Stellungnahmen angefordert | 0 | 0 | 0 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 0 | 0 | 0 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 0 | 0 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |

AK-ID 851802 = Underdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850195 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850221 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

AK-ID 851803 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 3 der 557 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,5 %) rechnerisch auffällig. Es wurde an ein Krankenhaus (IKNR) ein Hinweis verschickt und von zwei Krankenhäusern (IKNR) wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde jeweils für ein Krankenhaus (IKNR) die fehlerhafte Dokumentation und für ein Krankenhaus (IKNR) eine korrekte Dokumentation identifiziert.

AK-ID 850198 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurde eines der 566 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,2 %) rechnerisch auffällig. Von diesem wurde eine Stellungnahme angefordert und im Ergebnis des Strukturierten Dialogs die fehlerhafte Dokumentation bestätigt.

AK-ID 850222 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 2 der 566 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,4 %) rechnerisch auffällig. Es wurden von zwei Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für beide Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 32: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV

| AK-ID | 851803 | 850198 | 850222 |
|--|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 557 | 566 | 566 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 3 | 1 | 2 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 1 | 0 | 0 |
| Stellungnahmen angefordert | 2 | 1 | 2 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 |

| AK-ID | 851803 | 850198 | 850222 |
|---|--------|--------|--------|
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 1 | 0 | 2 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 1 | 1 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |

AK-ID 851803 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850198 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850222 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.7 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT)

AK-ID 850086 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

3 der 571 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,5 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Es wurden an zwei Krankenhäuser (IKNR) Hinweise verschickt und von einem Krankenhaus (IKNR) wurde eine Stellungnahme angefordert. Durch die angeforderte Stellungnahme konnte im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für dieses Krankenhaus (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Mit einem Krankenhaus (IKNR) wurde als weiterführende Maßnahme eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

AK-ID 850223 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 7 der 571 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (1,2 %) rechnerisch auffällig. Von den sieben Krankenhäusern (IKNR) wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für fünf Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei zwei Krankenhäusern (IKNR) wurde eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

Tabelle 33: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT

| AK-ID | 850086 | 850223 |
|--|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 571 | 571 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 3 | 7 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – |

| AK-ID | 850086 | 850223 |
|---|--------|--------|
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |
| Maßnahmen | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 2 | 0 |
| Stellungnahmen angefordert | 1 | 7 |
| Weiterführende Maßnahmen | | |
| Besprechung | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 1 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 0 | 5 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 1 | 2 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |

AK-ID 850086 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850223 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

AK-ID 850100 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurde keines der 925 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) rechnerisch auffällig.

AK-ID 850225 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

3 der 925 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,3 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. An zwei Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von einem Krankenhaus (IKNR) wurde eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 34: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP

| AK-ID | 850100 | 850225 |
|---|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 925 | 925 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 0 | 3 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |
| Maßnahmen | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 0 | 2 |
| Stellungnahmen angefordert | 0 | 1 |
| Weiterführende Maßnahmen | | |
| Besprechung | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 0 | 1 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 0 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |

AK-ID 850100 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850225 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.9 Mammachirurgie (18n1-MAMMA)

AK-ID 850094 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurde eines der 737 (0,1 %) datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) rechnerisch auffällig. Es wurde von einem Krankenhaus (IKNR) eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für dieses Krankenhaus (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850227 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

4 der 737 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,5 %) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für alle vier Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 35: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA

| AK-ID | 850094 | 850227 |
|---|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 737 | 737 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 1 | 4 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |
| Maßnahmen | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 |
| 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 | 4 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 1 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |

AK-ID 850094 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850227 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.10 Geburtshilfe (16n1-GEBH)**AK-ID 850082 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**

4 der 629 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,6 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. An ein Krankenhaus (IKNR) wurde ein Hinweis verschickt und von drei Krankenhäusern (IKNR) eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für alle drei Krankenhäuser (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850226 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Keines der 629 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) wurden im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig.

Tabelle 36: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH

| AK-ID | 850082 | 850226 |
|---|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 629 | 629 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 4 | 0 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |
| Maßnahmen | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 1 | 0 |
| Stellungnahmen angefordert | 3 | 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] | 3 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |

AK-ID 850082 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850226 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.11 Neonatologie (NEO)

AK-ID 850200 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wiesen 13 der 510 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (2,5 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. An ein Krankenhaus (IKNR) wurde ein Hinweis verschickt und von 12 Krankenhäusern (IKNR) wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für fünf Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt und für sieben Krankenhäuser (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850208 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 16 der 510 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (3,1 %) rechnerisch auffällig. An sieben Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von neun Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für sechs Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei drei Krankenhäusern (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 37: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul NEO

| AK-ID | 850200 | 850208 |
|--|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 510 | 510 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 13 | 16 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |
| Maßnahmen | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 1 | 7 |
| Stellungnahmen angefordert | 12 | 9 |
| Weiterführende Maßnahmen | | |
| Besprechung | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 5 | 6 |

| AK-ID | 850200 | 850208 |
|---|--------|--------|
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 7 | 3 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |

AK-ID 850200 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850208 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

AK-ID 850352 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* wurden 5 der 949 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,5 %) rechnerisch auffällig. Es wurde an ein Krankenhaus (IKNR) ein Hinweis verschickt und von drei Krankenhäusern (IKNR) wurden Stellungnahmen angefordert. Für alle drei Krankenhäuser (IKNR) konnte im Strukturierten Dialog eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Bei einem Krankenhaus (IKNR) wurde keine Maßnahme ergriffen.

AK-ID 850368 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

4 der 949 Krankenhäuser (IKNR) (0,4 %), die Daten hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Von allen vier Krankenhäusern (IKNR) wurde eine Stellungnahme angefordert. Im Strukturierten Dialog konnte für alle vier Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 38: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK

| AK-ID | 850352 | 850368 |
|--|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 949 | 949 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 5 | 4 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |
| Maßnahmen | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 1 | 0 |
| Hinweise verschickt | 1 | 0 |
| Stellungnahmen angefordert | 3 | 4 |

| AK-ID | 850352 | 850368 |
|---|--------|--------|
| Weiterführende Maßnahmen | | |
| Besprechung | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 0 | 4 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 3 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |

AK-ID 850352 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850368 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5.2.13 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

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

In der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 13 der 1.016 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (1,3 %) rechnerisch auffällig. An drei Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von neun Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte bei neun Krankenhäusern (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Bei einem Krankenhaus (IKNR) wurde keine Maßnahme ergriffen.

AK-ID 850273 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurden 4 der 1.016 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,4 %) rechnerisch auffällig. Für zwei Krankenhäuser (IKNR) wurden keine Maßnahmen ergriffen und von zwei Krankenhäusern (IKNR) wurde eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für beide Krankenhäuser (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850369 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurde keines der 1.016 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) rechnerisch auffällig.

AK-ID 850274 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

Bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (Erstimplantation)* wurden 4 der 1.015 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,4 %) rechnerisch auffällig. An ein Krankenhaus

(IKNR) wurde ein Hinweis verschickt und von drei Krankenhäusern (IKNR) wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für alle drei Krankenhäuser (IKNR) die korrekte Dokumentation bestätigt werden.

AK-ID 850275 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

Eines der 1.015 Krankenhäuser (IKNR) (0,1 %), die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)* lieferten, wurde rechnerisch auffällig. Von diesem wurde eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für dieses Krankenhaus (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850276 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

Bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (Wechsel)* wurden 49 der 949 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (5,2 %) rechnerisch auffällig. Für ein Krankenhaus (IKNR) wurde keine Maßnahmen getroffen, an 24 Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von 24 weiteren Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Von den überprüften Stellungnahmen lag im Ergebnis bei 4 Krankenhäusern (IKNR) eine korrekte Dokumentation und bei 20 Krankenhäusern (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation vor.

AK-ID 850277 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

4 der 949 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,4 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)* rechnerisch auffällig. Von vier Krankenhäusern (IKNR) wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für alle vier Krankenhäuser (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 39: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul HEP

| AK-ID | 850376 | 850273 | 850369 |
|--|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 1.016 | 1.016 | 1.016 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 13 | 4 | 0 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 1 | 2 | 0 |
| Hinweise verschickt | 3 | 0 | 0 |
| Stellungnahmen angefordert | 9 | 2 | 0 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |

| AK-ID | 850376 | 850273 | 850369 |
|---|--------|--------|--------|
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 0 | 0 | 0 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 9 | 2 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |

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

AK-ID 850273 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850369 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Tabelle 40: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul HEP (Zählleistungsbereiche)

| AK-ID | 850274 | 850275 | 850276 | 850277 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 1.015 | 1.015 | 949 | 949 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 4 | 1 | 49 | 4 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – | – |
| Maßnahmen | | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Hinweise verschickt | 1 | 0 | 24 | 0 |
| Stellungnahmen angefordert | 3 | 1 | 24 | 4 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 | 0 |

| AK-ID | 850274 | 850275 | 850276 | 850277 |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 3 | 1 | 20 | 4 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – | – |

AK-ID 850274 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850275 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850276 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

AK-ID 850277 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

5.2.14 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

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

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 14 der 928 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (1,5 %) rechnerisch auffällig. An vier Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von neun Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für alle neun Krankenhäuser (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Bei einem Krankenhaus (IKNR) wurden keine Maßnahmen ergriffen.

AK-ID 850349 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

2 der 931 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,2 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Für ein Krankenhaus (IKNR) wurden keine Maßnahmen ergriffen und von einem Krankenhaus (IKNR) wurde eine Stellungnahme angefordert, für das im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde.

AK-ID 850370 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

2 der 931 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,2 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Es wurde an ein Krankenhaus (IKNR) ein Hinweis verschickt und von einem Krankenhaus (IKNR) eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für dieses Krankenhaus (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

AK-ID 850344 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

Im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)* wurden 8 der 918 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,9 %) rechnerisch auffällig. An einem Krankenhaus (IKNR)

wurden keine Maßnahmen ergriffen. Es wurde an ein Krankenhaus (IKNR) ein Hinweis verschickt und von sechs Krankenhäusern (IKNR) wurden Stellungnahmen angefordert, von denen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs bei allen eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde.

AK-ID 850345 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

Keines der 918 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) wurde im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)* rechnerisch auffällig.

AK-ID 850346 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

15 der 856 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (1,8 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)* rechnerisch auffällig. An sechs Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von neun Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für ein Krankenhaus (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei acht Krankenhäusern (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

AK-ID 850347 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)* wurden 3 der 856 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,4 %) rechnerisch auffällig. Es wurden von allen drei Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert, für die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden konnte.

Tabelle 41: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul KEP

| AK-ID | 850375 | 850349 | 850370 |
|--|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 928 | 931 | 931 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 14 | 2 | 2 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |
| Maßnahmen | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 1 | 1 | 0 |
| Hinweise verschickt | 4 | 0 | 1 |
| Stellungnahmen angefordert | 9 | 1 | 1 |
| Weiterführende Maßnahmen | | | |
| Besprechung | 0 | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 | 0 |

| AK-ID | 850375 | 850349 | 850370 |
|---|--------|--------|--------|
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 0 | 0 | 1 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 9 | 1 | 0 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |

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

AK-ID 850349 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850370 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Tabelle 42: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul KEP (Zählleistungsbereiche)

| AK-ID | 850344 | 850345 | 850346 | 850347 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 918 | 918 | 856 | 856 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 8 | 0 | 15 | 3 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – | – |
| Maßnahmen | | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 1 | 0 | 6 | 0 |
| Stellungnahmen angefordert | 6 | 0 | 9 | 3 |
| 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 | 1 | 0 |

| AK-ID | 850344 | 850345 | 850346 | 850347 |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 6 | 0 | 8 | 3 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – | – |

AK-ID 850344 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850345 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850346 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

AK-ID 850347 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

5.2.15 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)

AK-ID 850096 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Von 1.415 Krankenhäusern (IKNR), die Daten bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* lieferten, wurden 36 Krankenhäuser (IKNR) (2,5 %) rechnerisch auffällig. An einem Krankenhaus (IKNR) wurde keine Maßnahme ergriffen, an 23 Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von 12 Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnten für alle zwölf Krankenhäuser (IKNR) fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden.

AK-ID 850230 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* wurde keines der 1.415 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) rechnerisch auffällig.

AK-ID 851806 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

41 der 1.580 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (2,6 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Risikostatistik* rechnerisch auffällig. An einem Krankenhaus (IKNR) wurden keine Maßnahmen ergriffen. An 2 Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von 38 Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei 5 Krankenhäusern (IKNR) eine korrekte Dokumentation und bei 33 Krankenhäusern (IKNR) wurden fehlerhafte Dokumentationen identifiziert.

AK-ID 851808 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation der Risikostatistik* wurden 14 der 1.580 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (0,9 %) rechnerisch auffällig. Für ein Krankenhaus (IKNR) wurden keine Maßnahmen ergriffen. An zwei Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von elf Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Für fünf Krankenhäuser (IKNR) wurde im Ergebnis eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert und für sechs Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt.

Tabelle 43: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul DEK

| AK-ID | 850096 | 850230 | 851806 | 851808 |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 1.415 | 1.415 | 1.580 | 1.580 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 36 | 0 | 41 | 14 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – | – |
| Maßnahmen | | | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Hinweise verschickt | 23 | 0 | 2 | 2 |
| Stellungnahmen angefordert | 12 | 0 | 38 | 11 |
| 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 | 5 | 6 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 12 | 0 | 33 | 5 |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – | – |

AK-ID 850096 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850230 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

AK-ID 851806 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

AK-ID 851808 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

5.2.16 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

AK-ID 850102 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurden 12 der 1.147 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (1,0 %) rechnerisch auffällig. An drei Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von neun Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für zwei Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei sieben Krankenhäusern (IKNR) wurden fehlerhafte Dokumentationen identifiziert.

AK-ID 850229 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

12 der 1.147 datenliefernden Krankenhäuser (IKNR) (1,0 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. An fünf Krankenhäuser (IKNR) wurden Hinweise verschickt und von sieben Krankenhäusern (IKNR) Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für vier Krankenhäuser (IKNR) eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei zwei Krankenhäusern (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Bei einem Krankenhaus (IKNR) wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Tabelle 44: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNEU

| AK-ID | 850102 | 850229 |
|--|--------|--------|
| Anzahl datenliefernder Krankenhäuser (IKNR) | 1.147 | 1.147 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten | 12 | 12 |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |
| Maßnahmen | | |
| Keine Maßnahmen ergriffen [S90] | 0 | 0 |
| Hinweise verschickt | 3 | 5 |
| Stellungnahmen angefordert | 9 | 7 |
| Weiterführende Maßnahmen | | |
| Besprechung | 0 | 0 |
| Begehung | 0 | 0 |
| Zielvereinbarung | 0 | 0 |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 2 | 4 |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 7 | 2 |

| AK-ID | 850102 | 850229 |
|---|--------|--------|
| Sonstiges [S91, S99] | 0 | 1 |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – |

AK-ID 850102 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850229 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

6 Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht wurden die Ergebnisse der im Jahr 2021 durchgeführten Datenvalidierung zum Erfassungsjahr (EJ) 2020 für die Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) der externen stationären Qualitätssicherung dargestellt. Das Datenvalidierungsverfahren bezog sich dabei auf

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

Im Rahmen des **gezielten Datenabgleichs** wurden im Jahr 2021 zwei Standorte im Auswertungsmodul *Neonatologie (NEO)* zum Erfassungsjahr 2020 erneut überprüft, die im Jahr 2019 (EJ 2018) im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich waren und die Kriterien für eine erneute Überprüfung erfüllt hatten. Insgesamt wurden 40 Fälle anhand von bis zu 42 Datenfeldern zweiterfasst.

Die erneute Überprüfung der beiden Standorte hat eine hohe Übereinstimmungsrate im Ergebnis mit 98,56 % und 94,96 %. Da der gezielte Datenabgleich auf Basis relevant unterdokumentierter Ereignisse in EJ 2018 zurückzuführen war und nicht aufgrund besonders häufiger oder erheblicher Fehldokumentationen an den beiden Standorten, wurden die relevanten Ereignisse ebenfalls erneut begutachtet. Im Ergebnis zeigte sich an einem Standort eine Unterdokumentation zum Einzelereignis „Kein Hörtest durchgeführt“, das einmal auftrat. Auf eine erneute Berechnung des gewichteten Relevanzkriteriums mittels eines statistischen Verfahrens, das die Stichprobenunsicherheit berücksichtigt, ist aufgrund der niedrigen Auftretensprävalenz daher verzichtet worden. Ebenso wurde auf die Berechnung der gewichteten bundesweiten Übereinstimmungsrate zu den überprüften Datenfeldern aufgrund der hohen Übereinstimmungsrate je Datenfeld verzichtet. In wenigen Fällen waren wie bereits zu EJ 2018 die Datenfelder *Aufnahme ins Krankenhaus von* sowie *Gewicht bei Aufnahme* und *Körpertemperatur bei Aufnahme* als auch *Fehlbildungen* eher anspruchsvoll in der Dokumentation. Die meisten Datenfelder wurden im Vergleich zu EJ 2018 allerdings deutlich besser dokumentiert, wie bspw. die *Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)* mit einer 100%-Übereinstimmung, die in EJ 2018 noch bei 81,94 % lag (obgleich zu beachten ist, dass zu EJ 2020 auch nur zwei Standorte geprüft wurden). In Bezug auf die zwei Standorte zeigt sich zusammenfassend ein erfreuliches Gesamtergebnis nach erneuter Überprüfung, das auch von den LQS zurückgemeldet wurde.

Für das **Stichprobenverfahren mit Datenabgleich** wurde für die Prüfung das QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren (DEFI)* und für dieses die Auswertungsmodule *Implantation (09/4)* und *Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)* durchgeführt. Bei einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und Fällen wurde die Übereinstimmung der übermittelten QS-Daten mit den Angaben in den Patientenakten vor Ort geprüft. Insgesamt wurden 55 (von ursprünglich 70 gezogenen) Standorten in beiden Auswertungsmodulen anhand von 804 Fällen überprüft (09/4: 33 Standorte und 533 Fälle; 09/6: 22 Standorte und 271 Fälle).

Die Übereinstimmungsraten zwischen den Angaben aus der Patientenakte und der QS-Dokumentation variierten bei einigen Datenfeldern stark. Manche Datenfelder zeigen sehr niedrige Übereinstimmungsraten und scheinen eine Herausforderung für eine fehlerfreie Dokumentation darzustellen. Bei der Interpretation der Übereinstimmungsraten ist zu beachten, dass für einige Datenfelder je nach Fallkonstellation (Plausibilisierung) weniger Abgleichergebnisse aus der Stichprobe vorliegen.

Das Datenfeld zur *ASA-Klassifikation* ist in beiden Auswertungsmodulen das mit den höchsten Anteilen „nicht ersichtlicher“ Angaben (09/4: 26,64 %; 09/6: 43,17 %). Aufgrund der Angabe in den Ausfüllhinweisen, dass die Klassifikation der Anästhesiedokumentation zu entnehmen sei, ein Anästhesist oder eine Anästhesistin aber nur sehr selten anwesend ist, wurde dieses Datenfeld für die Berechnung der Übereinstimmungsraten der jeweiligen Standorte im Nachgang ausgeschlossen. Zu diesem Datenfeld erfolgte bereits eine Korrektur der Ausfüllhinweise zu EJ 2021. Aber auch die Datenfelder *voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit* und der *erwartete Anteil ventrikulärer Stimulation* zeigen im Auswertungsmodul 09/4 mit 21,20 % und 21,95 % sehr hohe Anteile „nicht ersichtlicher“ Angaben in der Patientenakte.

Nichtsdestoweniger scheinen auch Datenfelder, deren Angaben aus der Patientenakte ersichtlich waren, z. T. eine große Herausforderung für eine korrekte Dokumentation für die QS zu sein, wie bspw. für 09/4 die korrekte Dokumentation der *führenden klinischen Symptomatik (der Arrhythmie)* mit 78,39 %, Angaben zum *Dosis-Flächen-Produkt* (85,59 %) oder zu Datenfeldern, für die Messwerte eingegeben werden mussten, wie zu den jeweiligen *Reizschwellen* und *Amplituden*. Datenfelder mit Messwerten waren ebenfalls in 09/6 problematisch in Bezug auf eine korrekte Dokumentation, aber auch Datenfelder zur jeweiligen Angabe des *Problems* oder der *Position*.

Die gewichtete bundesweite Übereinstimmungsrate lag im Auswertungsmodul *Implantation (09/4)* bei 86,84 % und im Auswertungsmodul *Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)* bei 92,22 %.

Im Ergebnis des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich auf Standortebene lagen für die geprüften Standorte teilweise deutliche Fehldokumentationen vor. Bei Anwendung der Berechnungslogik zum Häufigkeitskriterium (nach Ausschluss mehrerer Datenfelder) wurde trotzdem für insgesamt 3 Standorte eine Fehldokumentation mit besonderer Häufigkeit und für 20 Standorte eine mit erheblicher Häufigkeit festgestellt. Dies zeigt, dass an insgesamt 23 von 55 geprüften Standorten beider Auswertungsmodule deutliche Schwierigkeiten für eine korrekte Dokumentation der Datenfelder für die QS vorlagen. Die deutliche Problematik der fehlerhaften Dokumentationen in diesen Auswertungsmodulen kann daher für die jeweiligen Standorte aufgrund der berücksichtigten Stichprobenunsicherheit über die jeweils geprüften wenigen Fälle (max. 20) hinaus angenommen werden.

In der **Statistischen Basisprüfung** wurde die Validität der übermittelten QS-Daten bei Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog für alle datenliefernden Leistungserbringer überprüft. Dabei

wurden die Ergebnisse von insgesamt 49 Auffälligkeitskriterien (AKs) zur Plausibilität und Vollständigkeit und 50 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zum Erfassungsjahr 2020 für die indirekten QS-Verfahren analysiert und bewertet. Der diesjährige Datenvalidierungsbericht zum EJ 2020 enthält aufgrund der bereits in die DeQS-RL überführten direkten (bundesbezogenen) QS-Verfahren keine Auswertungen der Auffälligkeitskriterien für die direkten QS-Verfahren. Des Weiteren sind die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit wegen der Ergebnisberechnung auf IKNR-Ebene und aufgrund von fehlenden Ergebnissen eines Bundeslandes nicht mit dem Vorjahr vergleichbar.

Im Erfassungsjahr 2020 lieferten insgesamt 1.921 Krankenhausstandorte und 1.580 Krankenhäuser (IKNR) Daten für die indirekten QS-Verfahren *Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit* und für die *Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit*. Davon wiesen 713 Standorte für AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit und 241 Krankenhäuser (IKNR) für AKs zur Vollzähligkeit rechnerische Auffälligkeiten auf (vgl. Tabelle 45).

Zusammen traten bei allen Standorten zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit 1.157 und bei allen Krankenhäusern (IKNR) zu den AKs zur Vollzähligkeit 366 rechnerische Auffälligkeiten auf. Für insgesamt 419 rechnerische Auffälligkeiten (27,5 %) wurden Hinweise an die entsprechenden Standorte oder Krankenhäuser (IKNR) verschickt und für 14 rechnerische Auffälligkeiten (0,9 %) keine Maßnahmen ergriffen. Zu den übrigen 1.090 (71,6 %) rechnerischen Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen angefordert.

Tabelle 45: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2020

| | AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (Anzahl und Anteil)* | AKs zur Vollzähligkeit (Anzahl und Anteil)** | Gesamt (Anzahl und Anteil) |
|---|---|---|-----------------------------------|
| Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien ¹ | 38.674 | 43.126 | 81.800 |
| Datenliefernde Standorte*/Krankenhäuser (IKNR)** ² | 1.921 | 1.580 | – |
| Standorte*/Krankenhäuser (IKNR)** mit rechnerischen Auffälligkeiten | 713 | 241 | – |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (Der Anteil bezieht sich auf 100 % der rechnerischen Auffälligkeiten.) | 1.157 (76,0 %) | 366 (24,0 %) | 1.523 (100 %) |
| Davon rechnerisch auffällig im EJ 2019 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2020.) | 227 (19,6 %) | – | – |

| | AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (Anzahl und Anteil)* | AKs zur Vollständigkeit (Anzahl und Anteil)** | Gesamt (Anzahl und Anteil) |
|---|---|--|-----------------------------------|
| Davon rechnerisch auffällig im EJ 2019 und EJ 2018 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2020.) | 52 (4,5 %) | – | – |
| Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten.) | | | |
| Keine Maßnahme ergriffen [S90] | 3 (0,3 %) | 11 (3,0 %) | 14 (0,9 %) |
| Hinweise verschickt | 305 (26,4 %) | 114 (31,1 %) | 419 (27,5 %) |
| Stellungnahmen angefordert | 849 (73,4 %) | 241 (65,8 %) | 1.090 (71,6 %) |
| Weiterführende Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen.) | | | |
| Besprechung | 2 (0,2 %) | 0 (–) | 2 (0,9 %) |
| Begehung | 0 (–) | 0 (–) | 0 (–) |
| Zielvereinbarung | 32 (3,8 %) | 1 (0,4 %) | 33 (3,0 %) |
| Bewertungen nach Strukturiertem Dialog (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen.) | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 308 (36,3 %) | 65 (27 %) | 373 (34,2 %) |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 521 (61,4 %) | 175 (72,6 %) | 696 (63,9 %) |
| Sonstiges [S91, S99] | 20 (2,4 %) | 1 (0,4 %) | 21 (1,9 %) |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation (Der Anteil bezieht sich auf die fehlerhaften Dokumentationen.) | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | 55 (10,6 %) | – | – |
| wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | 10 (1,9 %) | – | – |

¹ Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien: Anzahl der AKs, die aufgrund der Datenlieferung der Standorte* oder Krankenhäuser (IKNR)** berechnet werden konnten

² Es gab insgesamt 1.921 datenliefernde Standorte* und 1.580 Krankenhäuser (IKNR)**, die entweder rechnerisch auffällig oder unauffällig waren. Standorte* oder Krankenhäuser (IKNR)** können für mehrere Auffälligkeitskriterien Daten geliefert haben.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Für die indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wurden 49 Auffälligkeitskriterien überprüft und 1.157 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt lagen 227 rechnerische Auffälligkeiten bei Standorten im gleichen AK bereits im Vorjahr (EJ 2019) und 52 bereits seit dem Vorvorjahr (EJ 2018) vor.

Insgesamt wurde bei den indirekten Verfahren 305-mal (26,4 %) ein Hinweis verschickt und 849-mal (73,4 %) um eine Stellungnahme gebeten. 3-mal (0,3 %) erfolgten keine Maßnahmen [S90]. Es erfolgten insgesamt 2 Besprechungen, 32 Zielvereinbarungen, jedoch keine Begehungen.

Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 308-mal (36,3 %) als korrekt [U30, U99] und 521-mal (61,4 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft.

Von den 49 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit gab es bei 22 AKs 55 Standorte, die seit 2019 wiederholt fehlerhaft dokumentierten, und bei 7 AKs 10 Standorte, die drei Jahre in Folge und damit seit EJ 2018 fehlerhaft dokumentierten. AKs im Auswertungsmodul *DEK* (AK 850359 und AK 850361) wiesen die meisten fehlerhaft dokumentierenden Standorte über drei Jahre in Folge seit dem Erfassungsjahr 2018 auf.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Erfassungsjahr 2020 wurden 50 verfahrensbezogene Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit geprüft und insgesamt 366 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt (Tabelle 45). Davon wurde 114-mal (31,1 %) ein Hinweis an die Krankenhäuser (IKNR) verschickt und 241-mal (65,8 %) um eine Stellungnahme gebeten. 11-mal (3,0 %) erfolgte keine Maßnahme. Es erfolgte einmal eine Zielvereinbarung (0,4 %), aber es gab keine Besprechungen und Begehungen.

Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 65-mal (27,0 %) als korrekt [U30, U99] und 175-mal (72,6 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für eine Stellungnahme wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] vergeben (0,4 %).

Für 9 der 50 geprüften AKs lagen keine rechnerischen Auffälligkeiten vor, sodass kein Strukturierter Dialog ausgelöst wurde. Für 36 weitere AKs lag ein Anteil von unter 1 % vor und war damit sehr gering.

Im Durchschnitt wiesen 72,6 % der Krankenhäuser (IKNR) eine fehlerhafte Dokumentation bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen auf ($n = 175/241$). Für 18 von 50 AKs wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt und für 4 AKs mehr als 80 % fehlerhafte Dokumentationen.

Bezogen auf die unterschiedlichen Arten von Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit lagen im Erfassungsjahr 2020 174 rechnerische Auffälligkeiten in den AKs zur Unterdokumentation vor, 130 zur Überdokumentation und 62 in den AKs zum Minimaldatensatz (MDS) (Tabelle 46). Der Anteil der festgestellten zu wenig oder zu viel gelieferten Datensätze und damit fehlerhaften Dokumentationen bei den angeforderten Stellungnahmen liegt bei den AKs zur Unterdokumentation bei 86,6 %, bei den AKs zur Überdokumentation bei 81,2 % und bei den AKs zum MDS bei

20,0 %. Eine korrekte Dokumentation wurde am häufigsten in den AKs zum Minimaldatensatz mit 77,8 % bestätigt. Zu den AKs zur Überdokumentation wurden mit 42,3 % die meisten Hinweise versandt.

Tabelle 46: Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2020

| | AKs zur Unterdokumentation | AKs zur Überdokumentation | AKs zum Minimaldatensatz |
|--|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien* | 11.528 | 18.458 | 13.140 |
| Krankenhäuser (IKNR) mit rechnerischen Auffälligkeiten** | 131 | 93 | 56 |
| Rechnerische Auffälligkeiten | | | |
| Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (Der Anteil bezieht sich auf 100 % der rechnerischen Auffälligkeiten zur Vollständigkeit insgesamt.) | 174 (47,5 %) | 130 (35,5 %) | 62 (16,9 %) |
| Davon rechnerisch auffällig im EJ 2019 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2019.) | – | – | – |
| Davon rechnerisch auffällig im EJ 2019 und EJ 2018 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2020.) | – | – | – |
| Maßnahmen (Der Anteil bezieht die rechnerischen Auffälligkeiten.) | | | |
| Keine Maßnahme ergriffen [S90] | 5 (2,9 %) | 6 (4,6 %) | 0 (–) |
| Hinweise verschickt | 42 (24,1 %) | 55 (42,3 %) | 17 (27,4 %) |
| Stellungnahmen angefordert | 127 (73,0 %) | 69 (53,1 %) | 45 (72,6 %) |
| Weiterführende Maßnahmen (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen.) | | | |
| Besprechung | 0 (–) | 0 (–) | 0 (–) |
| Begehung | 0 (–) | 0 (–) | 0 (–) |
| Zielvereinbarung | 0 (–) | 1 (1,4 %) | 0 (–) |
| Bewertungen nach Strukturierem Dialog (Der Anteil bezieht sich auf die Stellungnahmen.) | | | |
| Korrekte Dokumentation [U30, U99] | 17 (13,4 %) | 13 (18,8 %) | 35 (77,8 %) |
| Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] | 110 (86,6 %) | 56 (81,2 %) | 9 (20,0 %) |
| Sonstiges [S91, S99] | 0 (–) | 0 (–) | 1 (2,2 %) |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation (Der Anteil bezieht sich auf die fehlerhaften Dokumentationen.) | | | |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 | – | – | – |
| Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2019 und EJ 2018 | – | – | – |

* Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien: Anzahl der AKs, die aufgrund der Datenlieferung der Krankenhäuser (IKNR) berechnet werden konnten

** Krankenhäuser (IKNR), die entweder rechnerisch auffällig oder unauffällig waren. Krankenhäuser (IKNR) können für mehrere Auffälligkeitskriterien Daten geliefert haben.

Hinweis: Zum EJ 2020 sind in der Kategorie „Unterdokumentation“ ausschließlich AKs zur Unterdokumentation in den Zählleistungsbereichen (*HEP* und *KEP*), zur Unterdokumentationen von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten und eine Unterdokumentation in der Risikostatistik (*DEK*) enthalten.

Literaturverzeichnis

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL): Änderung von § 24 Absatz 2. [Stand:] 22.03.2019. Berlin: G-BA. BAnz AT 31.05.2019 B1. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3739/2019-03-22_QSKH-RL_Aenderung-%C2%A724-Abs2_BAnz.pdf (abgerufen am: 27.05.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Aufhebung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL). [Stand:] 15.10.2020. Berlin: G-BA. BAnz AT 17.12.2020 B6. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4505/2020-10-15_QSKH-RL_Aufhebung_BAnz.pdf (abgerufen am: 29.04.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die im Stichprobenverfahren gemäß § 9 Absatz 4 QSKH-RL abzugleichenden Datenfelder für die Datenvalidierung 2021 zum Erfassungsjahr 2020. [Stand:] 02.12.2020. Berlin: G-BA. [unveröffentlicht].
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020c): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL), der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R), der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung (QP-RL-Z), der Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL), der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL), der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie (KiHe-RL) und der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL): COVID-19: Ausnahmen zu QS-Anforderungen. [Stand:] 03.12.2020. Berlin: G-BA. BAnz AT 03.02.2021 B2. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4593/2020-12-03_QS-RL_Ausnahmen-QS-Anforderungen_BAnz.pdf (abgerufen am: 11.08.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020d): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Festlegung der Leistungsbereiche für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zur Datenvalidierung 2021 (Erfassungsjahr 2020) gemäß § 9 Absatz 4 QSKH-RL. [Stand:] 02.12.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4592/2020-12-02_QSKH-RL_Stichprobenverfahren-Datenvalidierung-Erfassungsjahr-2020.pdf (abgerufen am: 27.04.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verstetigung und Weiterführung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit für die Datenvalidierung 2021 (Erfassungsjahr 2020) gemäß QSKH-RL. [Stand:] 27.01.2021. Berlin: G-BA. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020a): Bericht zur Datenvalidierung 2019 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2018. Stand: 03.09.2020. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Bericht-zur-Datenvalidierung-2019-QSKH-RL_EJ-2018_2020-09-03.pdf (abgerufen am: 26.07.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020b): Kriterien für den gezielten Datenabgleich in der Datenvalidierung nach QSKH-RL. Abschlussbericht. Stand: 31.01.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Fallsammlung zur Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate. Bericht zur Veröffentlichung der retrospektiven anonymisierten Fallsammlung zu den direkten und indirekten QS-Verfahren nach § 24 QSKH-RL für das Erfassungsjahr 2020. Stand: 20.12.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Fallsammlung-100-Prozent-Dokumentationsrate-EJ-2020_2021-12-20.pdf (abgerufen am: 27.04.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Bericht zum Strukturierten Dialog 2021. Erfassungsjahr 2020. Stand: 16.05.2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].