



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Bericht zur Datenvalidierung 2016

Erfassungsjahr 2015. Anhang

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Mai 2017

---

# Impressum

**Thema:**

Bericht zur Datenvalidierung 2016. Erfassungsjahr 2015. Anhang

**Autorinnen und Autoren:**

Laura Nölke, Rainer Vogler, Axel Mertens

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

15. Mai 2017

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<http://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Lesehilfen zu den Tabellen und Abbildungen .....	8
Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog .....	8
Stichprobenverfahren mit Datenabgleich .....	8
Übersicht der QS-Verfahren (EJ 2015) .....	13
1    Umfassende Datenvalidierung: Pflege: Dekubitusprophylaxe.....	16
1.1    Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	16
1.1.1    Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	16
1.1.2    Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	19
1.1.3    Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	20
1.1.4    Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium .....	21
1.1.5    Einstufungen pro Bundesland .....	22
1.2    Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	23
1.2.1    Datenfeld 6: Geburtsdatum (Geburtsjahr).....	23
1.2.2    Datenfeld 11: Entlassungsgrund .....	23
1.2.3    Datenfeld 13: Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus.....	25
1.2.4    Datenfeld 14: Seitenlokalisierung .....	26
1.2.5    Datenfeld 15: War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission“).....	28
1.2.6    War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? („Present on Discharge“) .....	30
1.2.7    Datenfeld 17: Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2.....	32
1.2.8    Datenfeld 18: Nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus.....	35
1.2.9    Datenfeld 19: Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie....	38
1.2.10    Datenfeld 21: Beatmungsstunden $\geq$ 1 Stunde .....	41
2    Umfassende Datenvalidierung: Mammachirurgie .....	45
2.1    Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	45
2.1.1    Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	45
2.1.2    Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	47
2.1.3    Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	48

2.1.4	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium .....	49
2.1.5	Einstufungen pro Bundesland .....	50
2.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	51
2.2.1	Datenfeld 6: Geburtsdatum (Geburtsjahr).....	51
2.2.2	Datenfeld 12: Erkrankung an dieser Brust .....	52
2.2.3	Datenfeld 13: Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung.....	53
2.2.4	Datenfeld 18: Mammographie-Screening-Programm .....	57
2.2.5	Datenfeld 22: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie .....	60
2.2.6	Datenfeld 23: Histologie.....	63
2.2.7	Datenfeld 24: maligne Neoplasie .....	65
2.2.8	Datenfeld 25: Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes .....	66
2.2.9	Datenfeld 28: präoperative tumorspezifische Therapie .....	67
2.2.10	Datenfeld 35: präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren .....	71
2.2.11	Datenfeld 36: intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie ...	72
2.2.12	Datenfeld 46: Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde .....	74
2.2.13	Datenfeld 47: maligne Neoplasie .....	76
2.2.14	Datenfeld 48: primär-operative Therapie abgeschlossen.....	77
2.2.15	Datenfeld 50: pT.....	80
2.2.16	Datenfeld 51: pN .....	81
2.2.17	Datenfeld 56: Grading (WHO) .....	82
2.2.18	Datenfeld 58: HER-2/neu-Status .....	84
2.2.19	Datenfeld 60: R0-Resektion .....	86
2.2.20	Datenfeld 63: brusterhaltende Therapie (BET) .....	88
2.2.21	Datenfeld 64: axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt .....	90
2.2.22	Datenfeld 65: Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt.....	92
2.2.23	Datenfeld 75: Entlassungsgrund .....	96
3	Umfassende Datenvalidierung: Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie .....	98
3.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog .....	98

3.1.1	Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	98
3.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	100
3.1.3	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium .....	100
3.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	101
3.2.1	Datenfeld 2: entlassender Standort .....	101
3.2.2	Datenfeld 7: Geburtsdatum (Geburtsjahr).....	102
3.2.3	Datenfeld 9: Körpergröße .....	102
3.2.4	Datenfeld 11: Körpergewicht bei Aufnahme .....	104
3.2.5	Datenfeld 13: klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) .....	105
3.2.6	Datenfeld 15: Infarkt(e).....	106
3.2.7	Datenfeld 16: kardiogener Schock/ Dekompensation .....	109
3.2.8	Datenfeld 17: Reanimation .....	110
3.2.9	Datenfeld 18: Patient wird beatmet .....	112
3.2.10	Datenfeld 20: Herzrhythmus bei Aufnahme .....	114
3.2.11	Datenfeld 22: Einstufung nach ASA- Klassifikation .....	115
3.2.12	Datenfeld 23: LVEF .....	117
3.2.13	Datenfeld 28: akute Infektion(en).....	119
3.2.14	Datenfeld 29: Diabetes mellitus.....	121
3.2.15	Datenfeld 30: arterielle Gefäßerkrankung .....	124
3.2.16	Datenfeld 35: Lungenerkrankung(en) .....	125
3.2.17	Datenfeld 36: neurologische Erkrankung(en) .....	127
3.2.18	Datenfeld 37: Schweregrad der Behinderung.....	129
3.2.19	Datenfeld 38: präoperative Nierenersatztherapie.....	131
3.2.20	Datenfeld 44: Koronarchirurgie .....	133
3.2.21	Datenfeld 45: Aortenklappenchirurgie .....	134
3.2.22	Datenfeld 46: sonstige OP .....	135
3.2.23	Datenfeld 48: Dringlichkeit .....	136
3.2.24	Datenfeld 51: Inotrope (präoperativ).....	138
3.2.25	Datenfeld 52: (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung.....	140
3.2.26	Datenfeld 56: OP-Zeit.....	141
3.2.27	Datenfeld 103: Mediastinitis.....	142

3.2.28	Datenfeld 105: Myokardinfarkt.....	144
3.2.29	Datenfeld 108: Zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung .....	147
3.2.30	Datenfeld 109: Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses.....	148
3.2.31	Datenfeld 110: Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung .....	149
3.2.32	Datenfeld 122: Entlassungsgrund .....	151
4	Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (ohne HCH-KOMB, DEK, 18n1-MAMMA) .....	154
4.1	Beschreibung der Auffälligkeitskriterien.....	154
4.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	156
4.3	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	160
4.4	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium.....	161
4.5	Einstufungen pro Bundesland .....	163
5	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	164
5.1	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation .....	164
5.1.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	164
5.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	167
5.1.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	168
5.1.4	Einstufungen pro Bundesland .....	170
5.2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	171
5.2.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	171
5.2.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	174
5.2.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	175
5.2.4	Einstufungen pro Bundesland .....	177
5.3	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz.....	178
5.3.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	178
5.3.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	180
5.3.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	181
5.3.4	Einstufungen pro Bundesland .....	182
5.4	Dokumentationsraten im Follow-up und unbekannter Überlebensstatus.....	183
5.4.1	Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation.....	183
5.4.2	Lebertransplantation.....	184

5.4.3	Leberlebenspende.....	185
5.4.4	Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation.....	186
5.4.5	Nierenlebenspende.....	187
5.5	Dokumentationsraten in den Zählleistungsbereichen.....	187
5.5.1	Hüftendoprothesenversorgung.....	187
5.5.2	Knieendoprothesenversorgung.....	188
5.5.3	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme .....	189
5.5.4	Isolierte Aortenklappenchirurgie (kathetergestützt) .....	190

## Lesehilfen zu den Tabellen und Abbildungen

Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse zur Datenvalidierung erfolgt in tabellarischer und grafischer Form. Um die Verständlichkeit der Tabellen und Grafiken zu erhöhen, wird im Folgenden erläutert, welche Informationen ihnen jeweils zu entnehmen sind.

### Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung werden in Form von vier Tabellen dargestellt:

- Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium
- Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland
- Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium/QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul
- Einstufungen pro Bundesland

In den Tabellen zu den durchgeführten Maßnahmen im Strukturierten Dialog ist zu jeder Maßnahmenkategorie auch der prozentuale Anteil angegeben. Die Prozentwerte beziehen sich auf die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bei diesem Auffälligkeitskriterium bzw. in diesem Bundesland. Die Werte in den Spalten „keine Maßnahme“, „Hinweis“, „Stellungnahme“ und „Sonstiges“ ergeben zusammen die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten. In den Spalten „Weiterführende Maßnahmen“ sind die Maßnahmen dargestellt, die zusätzlich zur Anforderung einer Stellungnahme eingeleitet wurden.

In den Tabellen zu den Ergebnissen der Bewertung nach dem Strukturierten Dialog sind ebenfalls für jede Bewertungskategorie/Einstufung die prozentualen Anteile angegeben. Die Bezugsgröße ist hierbei jeweils die Zahl der angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium bzw. pro Bundesland. Es sind jeweils die von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung bzw. der Institution nach § 137a SGB V vergebenen Bewertungen dargestellt.

### Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für alle ausgewählten Datenfelder werden die durch Zweiterfassung aus der Patientenakte erhobenen Daten mit den vom Krankenhausstandort erfassten und übermittelten QS-Daten verglichen. Um die Ergebnisse des Datenabgleichs zu veranschaulichen, wird zur Darstellung in der Regel eine Kreuztabelle (Kontingenztafel, Vierfeldertafel) verwendet (vgl. Tabelle 1). Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden bei Bedarf mehrere Antwortmöglichkeiten (Schlüsselcodes) zu medizinisch relevanten Kategorien zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen entsprechen der Verwendung in den Qualitätsindikatoren.



Tabelle 1: Beispiel-Kontingenztafel zur Darstellung der Übereinstimmung der Angaben aus der QS-Dokumentation und der Patientenakte (Datenfeld „Geschlecht“)

		Angaben in der Patientenakte			Gesamt
		weiblich	männlich	aus PA nicht ersichtlich	
Angaben in der QS-Dokumentation	weiblich	47 6,8 %	28 4,0 %	4 0,6 %	79 11,4 %
	männlich	10 1,4 %	595 85,5 %	12 1,7 %	617 88,6 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		57 8,2 %	623 89,5 %	16 2,3 %	696 100,0 %

Die Tabellenspalten entsprechen den in der Akte gefundenen Einträgen, die zeilenweisen Einträge sind aus den QS-Dokumentationen entnommen. Übereinstimmende Einträge sind auf den Hauptdiagonalen farblich unterlegt. Falls Informationen zu einem Datenfeld für einen Fall nicht aus der Patientenakte ersichtlich waren, dann wird dies im Rahmen der Zweiterfassung mit der Angabe „aus PA nicht ersichtlich“ kodiert und taucht entsprechend als eigene Auswertungskategorie in der Tabelle auf. Ebenfalls als eigene Auswertungskategorie wird die Zeile „nicht in QS-Dokumentation“ bei abhängigen Datenfeldern (Kann-Feldern) angegeben, da es Fälle geben kann, in denen das Datenfeld in der QS-Dokumentation leer/unausgefüllt ist, sich aber in der Patientenakte eine Angabe dazu findet, die eigentlich hätte dokumentiert werden müssen.

Da es die Datensatzspezifikationen vorsehen, dass einige Datenfelder nur für eine eingeschränkte Gruppe an Patienten auszufüllen ist (Kann-Felder), wird oberhalb der Vierfeldertafel angegeben, auf welche Grundgesamtheit sich die jeweilige Auswertung bezieht. Zudem wird die Information geliefert, wie viele Akten untersucht worden sind und wie hoch die Anzahl an Akten ist, aus denen die entsprechende Information zu dem Datenfeld tatsächlich aus der Patientenakte zu entnehmen war.

Bei allen Datenfeldern wird die Übereinstimmungs- und Abweichungsrate angegeben.

<b>Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation</b>	Anteil an Fällen, bei denen die QS-Dokumentation mit den Angaben in der Patientenakte übereinstimmt (Übereinstimmungsrate).
<b>Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation</b>	Anteil an Fällen, bei denen die QS-Dokumentation von den Angaben in der Patientenakte abweicht (Abweichungsrate).

Wird die Übereinstimmung eines Datenfelds mit genau zwei möglichen Antwortkategorien/Ausprägungen dargestellt, so werden zusätzlich zu der Übereinstimmungs- und Abweichungsrate auch die folgenden vier Kennzahlen angegeben:

<b>Sensitivität</b>	Anteil der in der QS-Dokumentation angegebenen Ereignisse an allen in der Akte enthaltenen Ereigniseinträgen. Die Sensitivität gibt also die Wahrscheinlichkeit an, dass ein Ereignis (z. B. Komplikation) als solches auch korrekt in der QS-Dokumentation dokumentiert wird. <i>(Maß für die Unterdokumentation in der QS-Dokumentation)</i>
<b>Spezifität</b>	Anteil der in der QS-Dokumentation nicht angegebenen Ereignisse an allen in der Akte nicht enthaltenen Ereigniseinträgen. Die Spezifität gibt also die Wahrscheinlichkeit an, dass das Nichtvorliegen eines Ereignisses (z. B. Komplikation) so auch korrekt in der QS-Dokumentation dokumentiert wird. <i>(Maß für die Überdokumentation in der QS-Dokumentation)</i>
<b>positiv prädiktiver Wert (PPW)</b>	Anteil der in der Akte enthaltenen Ereigniseinträge an allen in der QS-Dokumentation angegebenen Ereignissen. Der PPW gibt also die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein in der QS-Dokumentation angegebenes Ereignis (z. B. Komplikation) tatsächlich auch in der Patientenakte enthalten ist.
<b>negativ prädiktiver Wert (NPW)</b>	Anteil der in der Akte nicht enthaltenen Ereigniseinträge an allen in der QS-Dokumentation nicht angegebenen Ereignissen. Der NPW gibt also die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein in der QS-Dokumentation nicht angegebenes Ereignis (z. B. Nichtvorliegen einer Komplikation) tatsächlich auch nicht in der Patientenakte enthalten ist.

Der PPW und der NPW liefern keine Informationen zur Datenvalidität der Standorte. Stattdessen können sie dazu genutzt werden, die Verlässlichkeit des Datenfeldes für QI-Berechnungen zu bewerten. So ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend, dass das Ereignis, das für die Berechnung des Qualitätsindikators herangezogen wird, auch in der Realität existiert. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, ist die Berechnung des Indikators verfälscht. Diese Angabe ist dem PPW und dem NPW zu entnehmen (siehe die Erläuterung in der Tabelle). Um die Verlässlichkeit eines Datenfeldes für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zu bewerten, sollten sowohl der positiv prädiktive Wert als auch der negativ prädiktive Wert betrachtet werden, da ein geringer Wert in beiden Kennzahlen für eine geringe Verlässlichkeit des Datenfeldes für die Berechnung der Qualitätsindikatoren spricht.

Zusätzlich zu den beschriebenen Kennzahlen wird für jedes untersuchte Datenfeld angegeben, bei wie vielen Krankenhausstandorten Abweichungen, sowie bei wie vielen Krankenhausstandorten keine Abweichungen ermittelt wurden.

Werden metrische Datenfelder (z. B. Zeitdauern in Minuten, Angaben in mg/dl etc.) überprüft, so wird aus Gründen der Übersichtlichkeit von der Tabellenform abgewichen. An deren Stelle werden nur die absoluten und relativen Häufigkeiten von Übereinstimmungen und Abweichungen dargestellt.

Zur Darstellung der Varianz der standortbezogenen Ergebnisse des Datenabgleichs wird je Datenfeld ein Boxplot der Übereinstimmungsraten der einzelnen Standorte verwendet (vgl. Beispiel in Abbildung 1). Anhand der Boxplots sind die minimale, maximale und mittlere Übereinstimmungsrate sowie das 5., 25., 50., 75. und 95. Perzentil der Übereinstimmungsraten abzulesen.

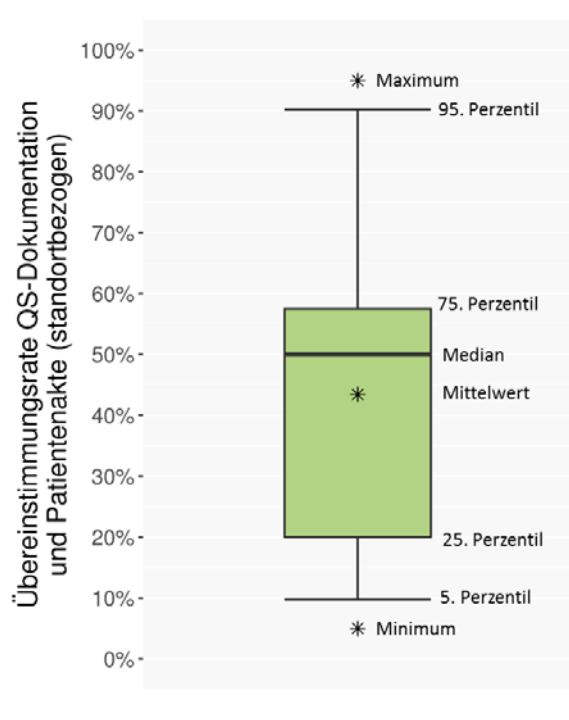


Abbildung 1: Beispiel-Darstellung der Varianz der standortbezogenen Übereinstimmungsraten pro Datenfeld

Bei dichotom skalierten Datenfeldern sind zusätzlich Boxplots für die Sensitivität und Spezifität dargestellt. Anhand dieser Boxplots können die minimale, maximale und mittlere standortbezogene Überdokumentation und Underdokumentation sowie das 5., 25., 50., 75. und 95. Perzentil der standortbezogenen Unter- und Überdokumentation abgelesen werden. Somit wird die Varianz und Richtung der Abweichungen deutlich. Eine mittlere Sensitivität von 70 % zu einem Datenfeld (z.B. Komplikationen) bedeutet bspw., dass über die besuchten Krankenhausstandorte hinweg die Wahrscheinlichkeit der Underdokumentation für das betroffene Datenfeld in der QS-

Dokumentation bei durchschnittlich 30 % liegt. Eine mittlere Spezifität von 70 % zu einem Datenfeld bedeutet hingegen, dass über die besuchten Krankenhausstandorte hinweg die Wahrscheinlichkeit der Überdokumentation für das betroffene Datenfeld in der QS-Dokumentation bei durchschnittlich 30 % liegt.

## Übersicht der QS-Verfahren (EJ 2015)

Kürzel des Auswertungsmoduls	QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	Beschreibung
<b>Indirekte QS-Verfahren</b>		
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Operationen in der Frauenheilkunde
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Die Geburtshilfe umfasst den Bereich kurz vor und nach der Entbindung
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erst-Implantationen und Wechseleingriffe an der Hüfte
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erst-Implantationen und Wechseleingriffe an den Knien
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust

Kürzel des Auswertungsmoduls	QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	Beschreibung
21n3-PCI-KORO	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
<b>Direkte QS-Verfahren</b>		
HCH-AORT	Aortenklappenchirurgie, isoliert	Konventionelle Methode (HCH-AORT-CHIR): Der Ersatz der Aortenklappe erfolgt durch eine „offene“ Operation am stillstehenden Herzen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine. Der Zugang zum Herzen erfolgt über das Brustbein.  Kathetergestützte Methode (HCH-AORT-KATH): Die Aortenklappe wird kathetergestützt ersetzt. Der Zugang während des Eingriffs erfolgt entweder „transapikal“ (Hautschnitt über der Herzspitze) oder „transvaskulär“ (Punktion der Leistenarterie).
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
HTXM-TX	Herztransplantation	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger
HTXM-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunsth Herzen	Transplantation eines Kunsthherzens/Herzunterstützungssystems
LLS	Leberlebenspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
LTX	Lebertransplantation	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen- transplantation	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger

<b>Kürzel des Auswertungsmoduls</b>	<b>QS-Verfahren/ Auswertungsmodul</b>	<b>Beschreibung</b>
NLS	Nierenlebendspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
NTX	Nierentransplantation	Transplantation einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Transplantation der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Transplantation einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger

# 1 Umfassende Datenvalidierung: Pflege: Dekubitusprophylaxe

## 1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

### 1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

**AK 850357: Fehlende Dokumentation von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation trotz Dokumentation von Fällen in der Risikostatistik**

<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation.
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der Risikostatistik (mindestens 1 Fall)
<b>Referenzbereich</b>	> 0
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

**AK 850358: Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik**

<b>Zähler</b>	Angabe, ob QS-Dokumentation und Risikostatistik in mehr als 10 Fällen in mindestens einer Kategorie der Dekubitusgradeinteilung voneinander abweichen.
<b>Nenner</b>	Die Betrachtung des Nenners ist für die Auswertung des AK nicht relevant. Der Nenner kann auf 1 gesetzt werden.
<b>Referenzbereich</b>	= 0
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-



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

<b>Zähler</b>	Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten ab 20 Jahren.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 5,43 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

**AK 850360: Immer Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)**

<b>Zähler</b>	Patienten mit der Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ bei allen dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/Kategorie in der QS-Dokumentation.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten ab 20 Jahren
<b>Referenzbereich</b>	< 100,00 %
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	10
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

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

<b>Zähler</b>	Patienten mit mindestens einer Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ in der QS-Dokumentation
<b>Nenner</b>	Alle Patienten ab 20 Jahren
<b>Referenzbereich</b>	≤ 10,38 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	5
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

**AK 850362: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4**

<b>Zähler</b>	Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 in der QS-Dokumentation, der weder bei Aufnahme noch bei Entlassung vorlag.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 4
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

## 1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850358	1.820	136	37	1	0,7	4	2,9	130	95,6	1	0,7	3	2,2	0	0,0	9	6,6
850359	1.797	69	18,8	0	0,0	11	15,9	58	84,1	0	0,0	3	4,3	1	1,4	12	17,4
850361	1.797	72	19,6	0	0,0	12	16,7	60	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	16,7
850360	1.797	42	11,4	0	0,0	9	21,4	33	78,6	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0
850362	699	39	10,6	0	0,0	10	25,6	29	74,4	0	0,0	3	7,7	1	2,6	1	2,6
850357	1.727	10	2,7	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	<b>368</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>50</b>	<b>13,6</b>	<b>316</b>	<b>85,9</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>10</b>	<b>2,7</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>34</b>	<b>9,2</b>

## 1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	102	27,7	0	0,0	23	22,5	79	77,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	30	8,2	0	0,0	0	0,0	29	96,7	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	24	6,5	0	0,0	0	0,0	24	100,0	0	0,0	5	20,8	2	8,3	1	4,2
Brandenburg	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	8	2,2	0	0,0	2	25,0	6	75,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
Hessen	25	6,8	0	0,0	1	4,0	24	96,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	7	1,9	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	102	27,7	1	1,0	19	18,6	82	80,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	28,4
Rheinland-Pfalz	9	2,4	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	3	0,8	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	18	4,9	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	4	22,2	0	0,0	4	22,2
Sachsen-Anhalt	11	3,0	0	0,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	20	5,4	0	0,0	5	25,0	15	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	7	1,9	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>368</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>50</b>	<b>13,6</b>	<b>316</b>	<b>85,9</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>10</b>	<b>2,7</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>34</b>	<b>9,2</b>

## 1.1.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850358	130	24	18,5	2	1,5	64	49,2	6	4,6	8	6,2	0	0,0	26	20,0
850359	58	1	1,8	2	3,5	41	71,9	0	0,0	2	3,5	0	0,0	11	19,3
850361	60	1	1,7	1	1,7	45	76,3	0	0,0	2	3,4	0	0,0	10	16,9
850360	33	21	63,6	0	0,0	9	27,3	1	3,0	2	6,1	0	0,0	0	0,0
850362	29	0	0,0	0	0,0	23	82,1	1	3,6	2	7,1	0	0,0	2	7,1
850357	6	0	0,0	0	0,0	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>316</b>	<b>47</b>	<b>14,9</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>187</b>	<b>59,2</b>	<b>8</b>	<b>2,5</b>	<b>17</b>	<b>5,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>49</b>	<b>15,5</b>

## 1.1.5 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	79	6	7,6	0	0,0	68	86,1	5	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	29	1	3,4	0	0,0	28	96,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	24	13	54,2	0	0,0	2	8,3	0	0,0	9	37,5	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	6	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	24	7	29,2	0	0,0	17	70,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	7	0	0,0	0	0,0	2	28,6	0	0,0	5	71,4	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	82	5	6,1	3	3,7	30	36,6	3	3,7	3	3,7	0	0,0	38	46,3
Rheinland-Pfalz	9	0	0,0	0	0,0	7	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2
Saarland	3	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Sachsen	18	0	0,0	0	0,0	15	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	16,7
Sachsen-Anhalt	11	1	9,1	2	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	36,4
Schleswig-Holstein	15	2	13,3	0	0,0	13	86,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	7	4	57,1	0	0,0	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>316</b>	<b>47</b>	<b>14,9</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>187</b>	<b>59,2</b>	<b>8</b>	<b>2,5</b>	<b>17</b>	<b>5,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>48</b>	<b>15,2</b>

## 1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

### 1.2.1 Datenfeld 6: Geburtsdatum (Geburtsjahr)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	1.691	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	1.691	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	1.688	99,8 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	2,3 %	2
Standorte ohne Abweichungen	97,7 %	87

In den beiden Krankenhausstandorten mit Abweichungen betragen die Übereinstimmungsraten 95,0 % und 88,9 %. Es wird auf eine weitere Darstellung der standortbezogenen Ergebnisse verzichtet.

### 1.2.2 Datenfeld 11: Entlassungsgrund

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.689	99,9 %

	Angaben in der Patientenakte				
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1.411	0	2	1.413
		83,3 %	0,0 %	0,1 %	83,6 %
	1	2	276	0	278
		0,1 %	16,3 %	0 %	16,4 %
<b>Gesamt</b>	1.413	278	2	1.691	
	83,4 %	16,4 %	0,1 %	100 %	

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

#### Anmerkungen:

0 = lebend

1 = tot

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.687/1.689	99,99 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/1.689	0,001 %
Sensitivität	1.411/1.413	99,9 %
Spezifität	276/278	99,3 %
Positiv prädiktiver Wert	1.411/1.413	99,9 %
Negativ prädiktiver Wert	276/278	99,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	2,3 %	2
Standorte ohne Abweichungen	97,7 %	87



Standorte mit Abweichungen	Übereinstimmungsrate	Sensitivität	Spezifität
Standort 2	95,0 %	100,0 %	85,7 %
Standort 4	94,4 %	100,0 %	75,0 %

### 1.2.3 Datenfeld 13: Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	1.691	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	54	3,2 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	1.637	96,8 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	1.451	88,6 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	59,6 %	53
Standorte ohne Abweichungen	40,4 %	36

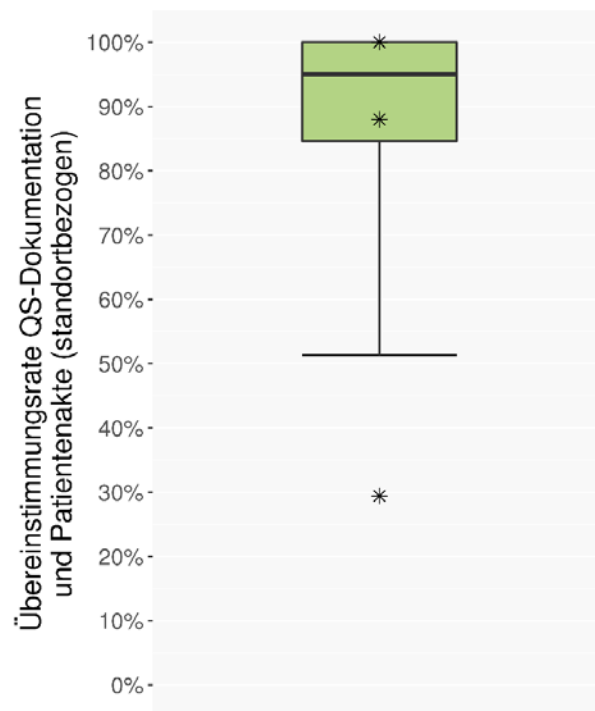


Abbildung 2: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

#### 1.2.4 Datenfeld 14: Seitenlokalisierung

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.651	97,6 %

	Angaben in der Patientenakte						
		B	K	L	R	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	B	150 8,9 %	11 0,7 %	3 0,2 %	6 0,4 %	5 0,3 %	175 10,3 %
	K	33 2 %	841 49,7 %	97 5,7 %	82 4,8 %	26 1,5 %	1.079 63,8 %
	L	3 0,2 %	5 0,3 %	207 12,2 %	3 0,2 %	3 0,2 %	221 13,1 %
	R	0 0 %	3 0,2 %	5 0,3 %	202 11,9 %	6 0,4 %	216 12,8 %
	<b>Gesamt</b>	186 11 %	860 50,9 %	312 18,5 %	293 17,3 %	40 2,4 %	1.691 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

B = beide Seiten

K = keine Seitenlokalisierung angegeben

L = linke Seite

R = rechte Seite

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.400/1.651	84,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	251/1.651	15,2 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	76,4 %	68
Standorte ohne Abweichungen	23,6 %	21

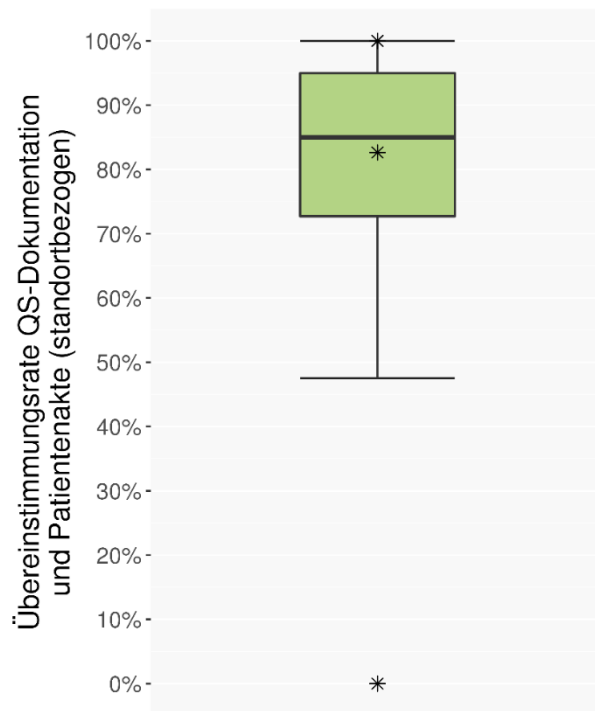


Abbildung 3: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**1.2.5 Datenfeld 15: War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission“)**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.653	97,8 %

		Angaben in der Patientenakte				
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	306 18,1 %	51 3 %	0 0 %	7 0,4 %	364 21,5 %
	1	82 4,8 %	1.185 70,1 %	5 0,3 %	31 1,8 %	1.303 77,1 %
	9	11 0,7 %	9 0,5 %	4 0,2 %	0 0 %	24 1,4 %
	<b>Gesamt</b>	399 23,6 %	1.245 73,6 %	9 0,5 %	38 2,2 %	1.691 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden

1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden

9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.495/1.653	90,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	158/1.653	9,6 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	64,0 %	57
Standorte ohne Abweichungen	36,0 %	32

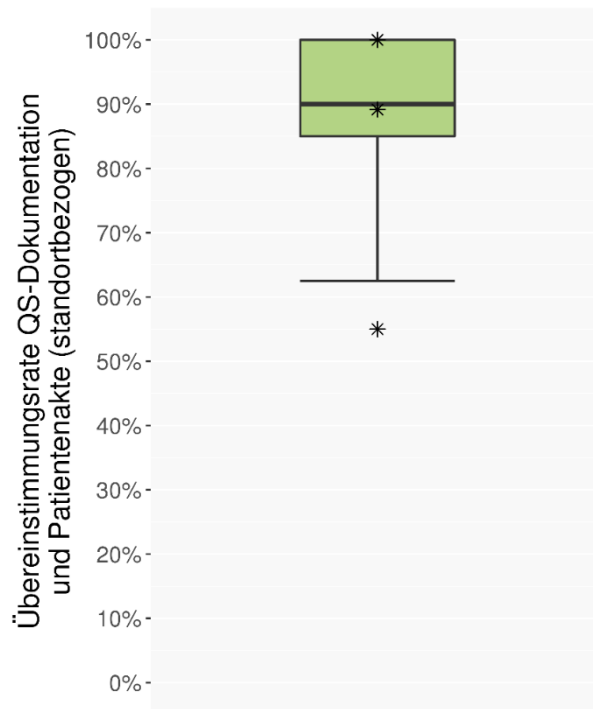


Abbildung 4: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 1.2.6 War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? („Present on Discharge“)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.619	95,7 %

		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	0	181 10,7 %	44 2,6 %	2 0,1 %	13 0,8 %	240 14,2 %	
	1	48 2,8 %	1.303 77,1 %	9 0,5 %	55 3,3 %	1.415 83,7 %	
	9	3 0,2 %	14 0,8 %	15 0,9 %	4 0,2 %	36 2,1 %	
	<b>Gesamt</b>	232 13,7 %	1.361 80,5 %	26 1,5 %	72 4,3 %	1.691 100 %	

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = Nein: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht vorhanden

1 = Ja: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus vorhanden

9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.499/1.619	92,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	120/1.619	7,4 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	65,2 %	58
Standorte ohne Abweichungen	34,8 %	31

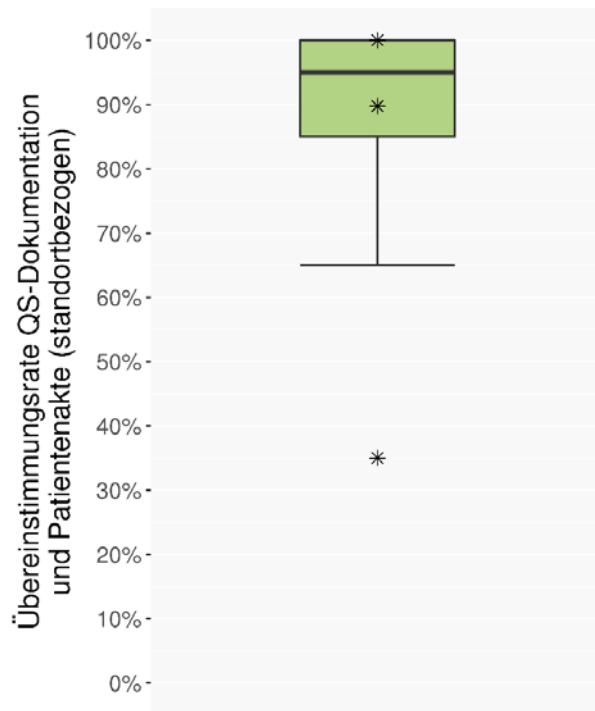


Abbildung 5: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 1.2.7 Datenfeld 17: Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.691	100,0 %



	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	
Angaben in der QS-Dokumentation	0	1.054 62,3 %	43 2,5 %	0 0 %	1.097 64,9 %
	1	14 0,8 %	580 34,3 %	0 0 %	594 35,1 %
	Gesamt	1.068 63,2 %	623 36,8 %	0 0 %	1.691 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

#### Anmerkungen:

0 = nein, kein Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 vorhanden

1 = ja, Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 vorhanden

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.634/1.691	96,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	57/1.691	3,4 %
Sensitivität	1.054/1.068	98,7 %
Spezifität	580/623	93,1 %
Positiv prädiktiver Wert	1.054/1.097	96,1 %
Negativ prädiktiver Wert	580/594	97,6 %

	%	Anzahl
Anzahl Standorte mit Abweichungen	46,1 %	41
Anzahl Standorte ohne Abweichungen	53,9 %	48

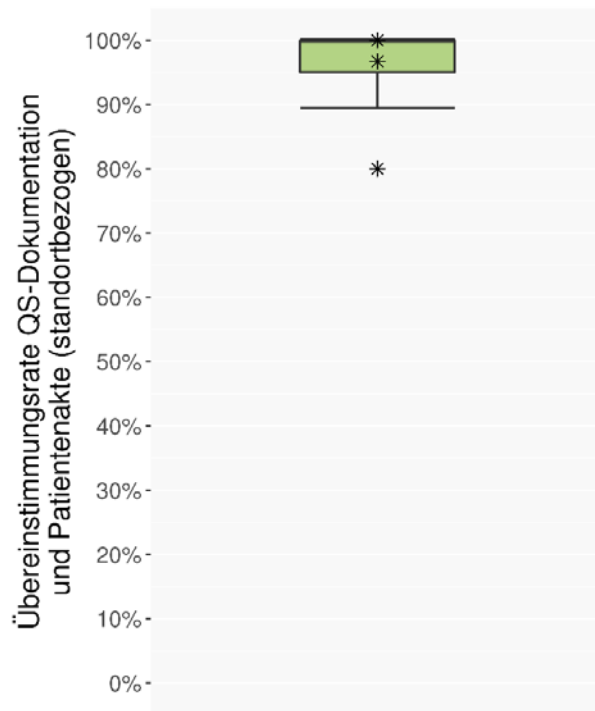


Abbildung 6: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

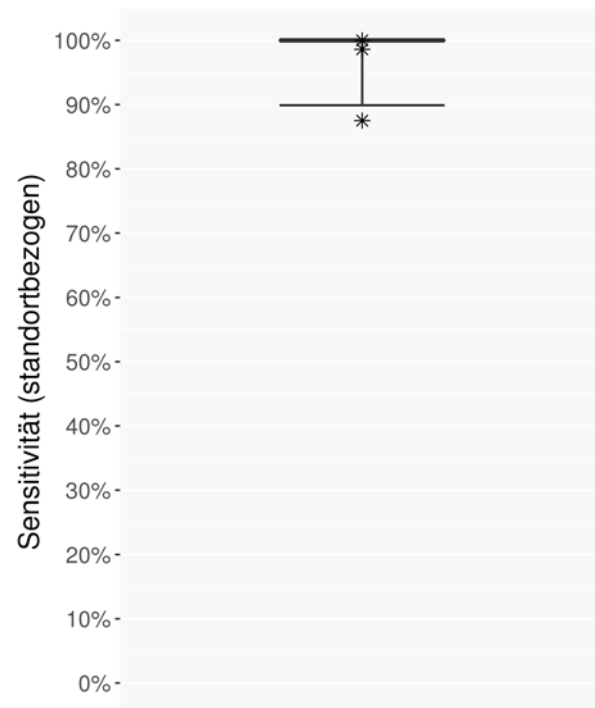


Abbildung 7: Sensitivität (standortbezogen)

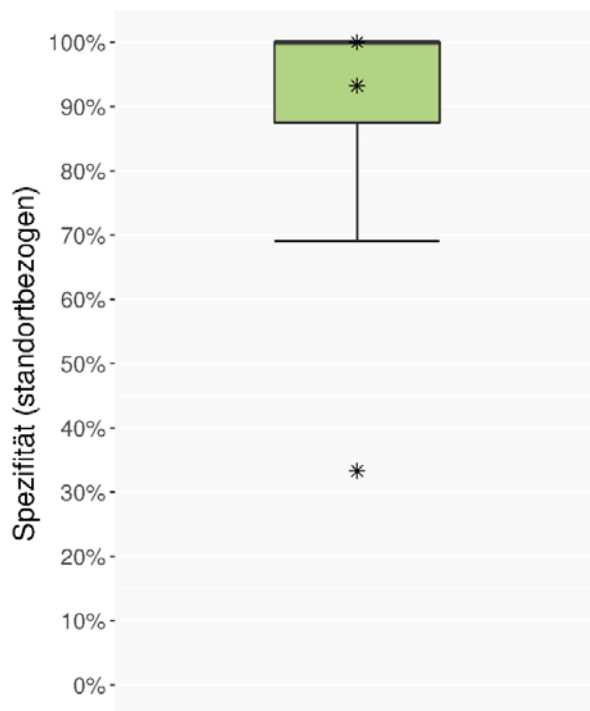


Abbildung 8: Spezifität (standortbezogen)

### 1.2.8 Datenfeld 18: Nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.691	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte				
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	1.646	4	0	1.650
		97,3 %	0,2 %	0 %	97,6 %
	1	29	12	0	41
		1,7 %	0,7 %	0 %	2,4 %
	Gesamt	1.675	16	0	1.691
		99,1 %	0,9 %	0 %	100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

#### Anmerkungen:

0 = nein, kein Diabetes mellitus nicht näher bezeichnet vorhanden

1 = ja, Diabetes mellitus nicht näher bezeichnet vorhanden

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.658/1.691	98,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	33/1.691	2,0 %
Sensitivität	1.646/1.675	98,3 %
Spezifität	12/16	75,0 %
Positiv prädiktiver Wert	1.646/1.650	99,8 %
Negativ prädiktiver Wert	12/41	29,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	21,3 %	19
Standorte ohne Abweichungen	78,7 %	70

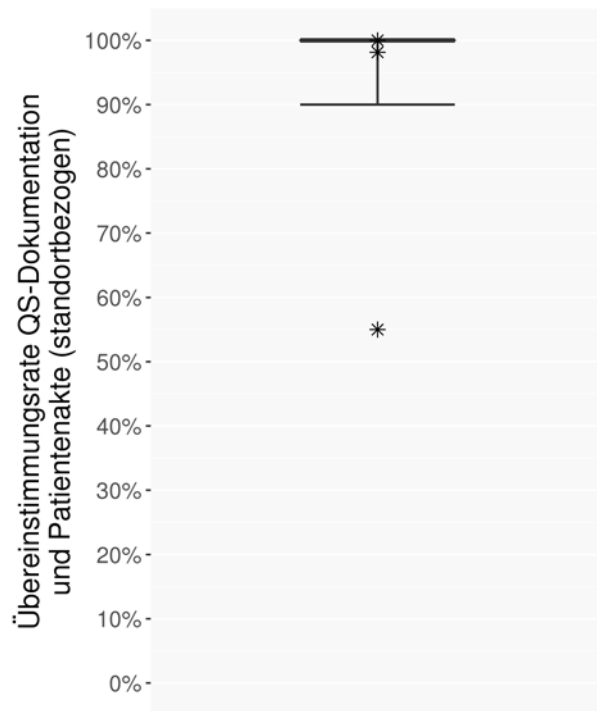


Abbildung 9: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

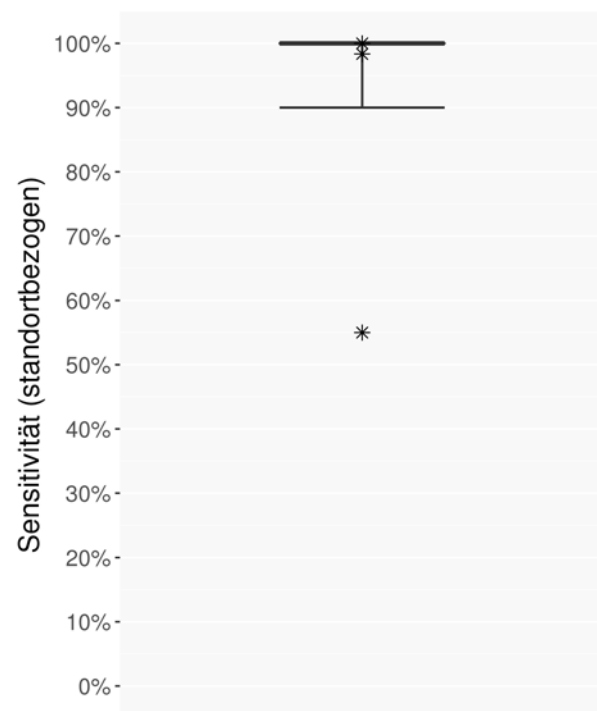


Abbildung 10: Sensitivität (standortbezogen)

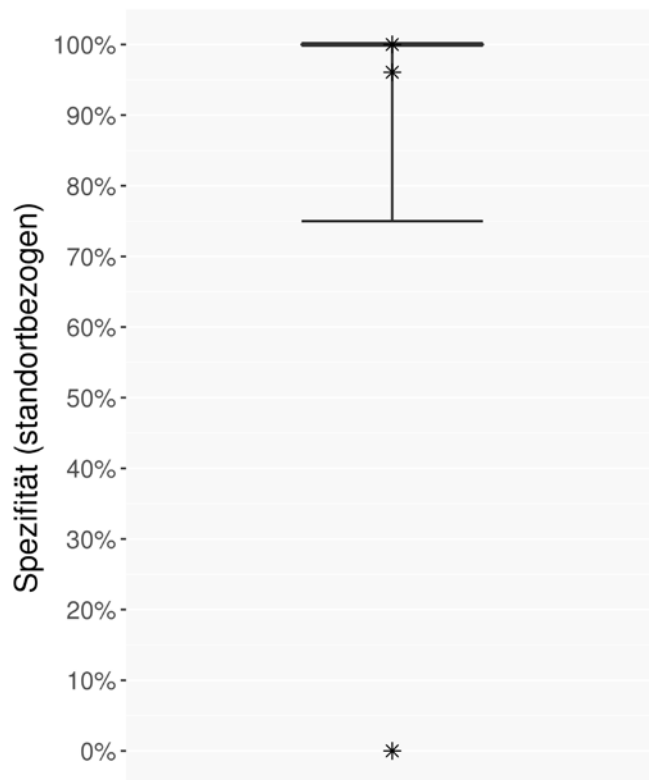


Abbildung 11: Spezifität (standortbezogen)

### 1.2.9 Datenfeld 19: Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.691	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	
Angaben in der QS-Dokumentation	0	1.535	49	0	1.584
		90,8 %	2,9 %	0 %	93,7 %
	1	19	88	0	107
		1,1 %	5,2 %	0 %	6,3 %
Gesamt	1.554	137	0	1.691	
	91,9 %	8,1 %	0 %	100 %	

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

#### Anmerkungen:

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.623/1.691	96,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	68/1.691	4,0 %
Sensitivität	1.535/1.554	98,8 %
Spezifität	88/137	64,2 %
Positiv prädiktiver Wert	1.535/1.584	96,9 %
Negativ prädiktiver Wert	88/107	82,2 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	34,8 %	31
Standorte ohne Abweichungen	65,2 %	58

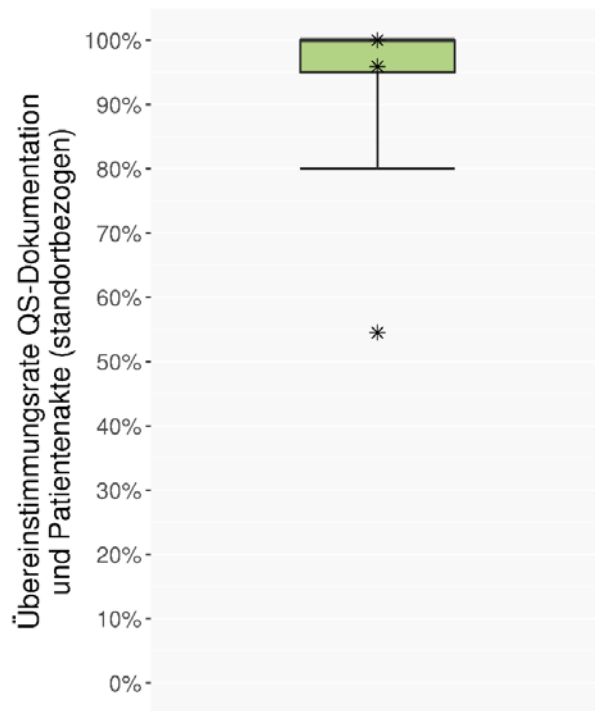


Abbildung 12: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

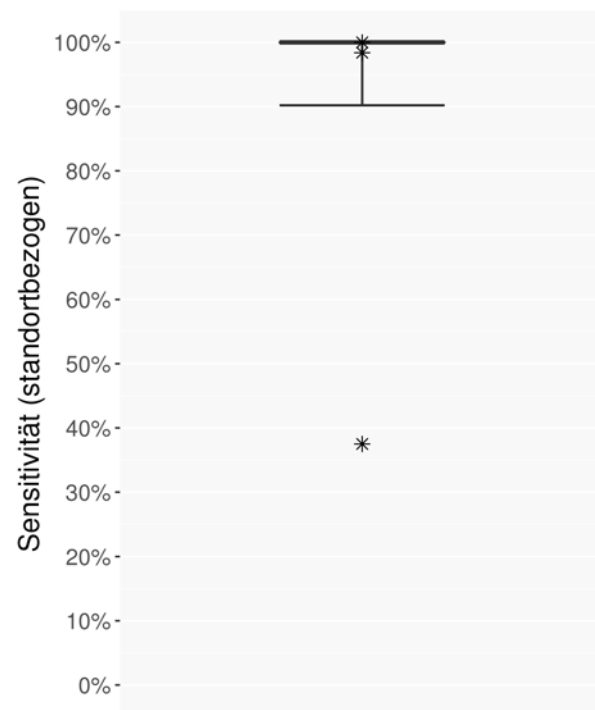


Abbildung 13: Sensitivität (standortbezogen)



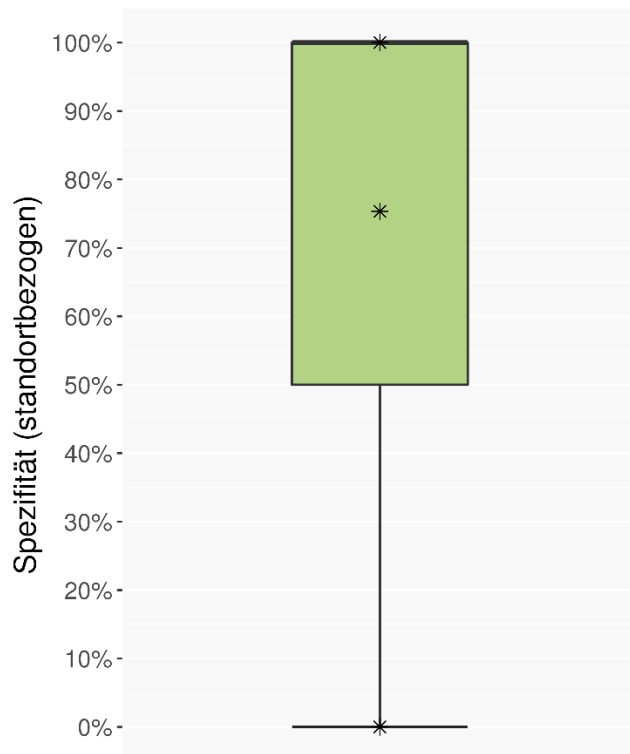


Abbildung 14: Spezifität (standortbezogen)

### 1.2.10 Datenfeld 21: Beatmungstunden $\geq$ 1 Stunde

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.690	99,9 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	
Angaben in der QS-Dokumentation	0	1.448 85,6 %	12 0,7 %	1 0,1 %	1.461 86,4 %
	1	9 0,5 %	221 13,1 %	0 0 %	230 13,6 %
	Gesamt	1.457 86,2 %	233 13,8 %	1 0,1 %	1.691 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

#### Anmerkungen:

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.669/1.690	98,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	21/1.690	1,2 %
Sensitivität	1.448/1.457	99,4 %
Spezifität	221/233	94,8 %
Positiv prädiktiver Wert	1.448/1.460	99,2 %
Negativ prädiktiver Wert	221/230	96,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	15,7 %	14
Standorte ohne Abweichungen	84,3 %	75

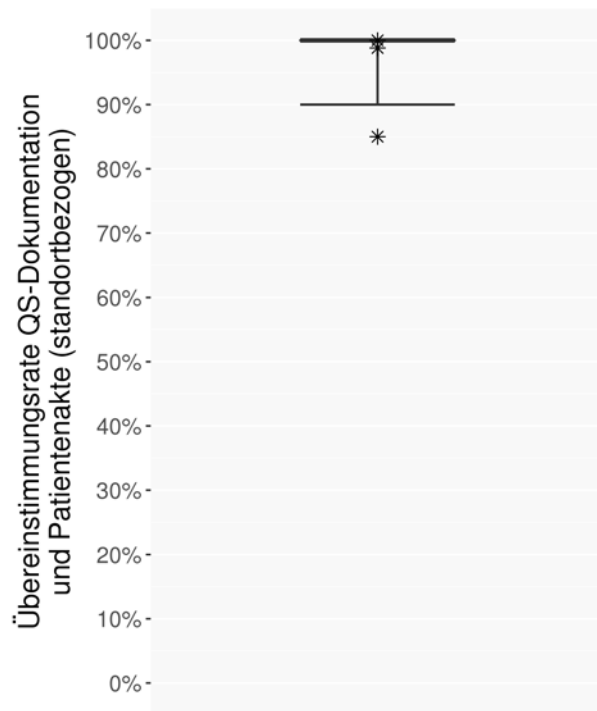


Abbildung 15: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

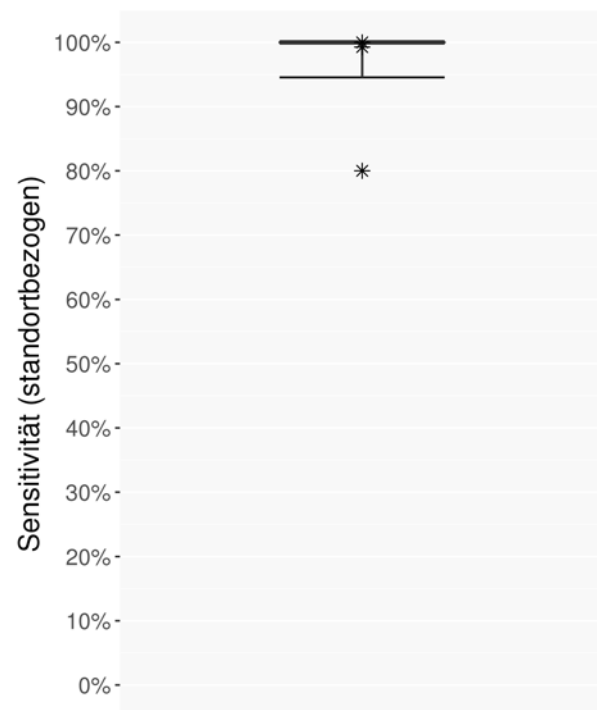


Abbildung 16: Sensitivität (standortbezogen)

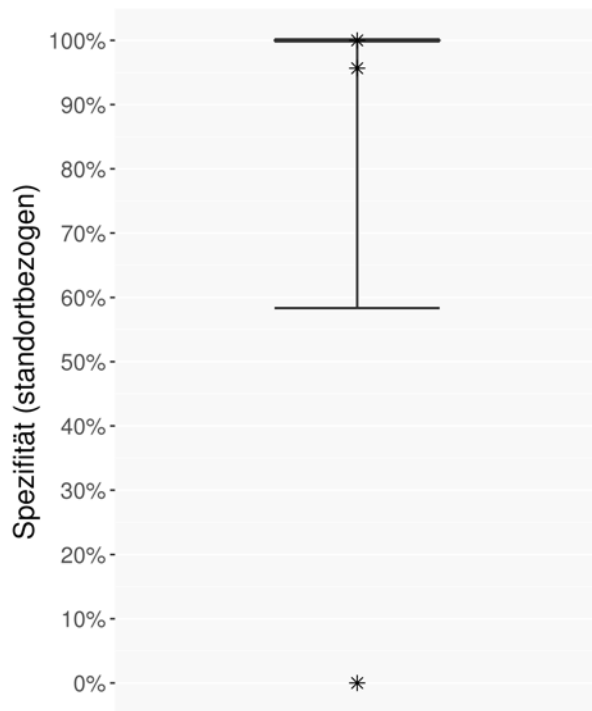


Abbildung 17: Spezifität (standortbezogen)

## 2 Umfassende Datenvalidierung: Mammachirurgie

### 2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

##### AK 850363: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“

<b>Zähler</b>	Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 4,30 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

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

<b>Zähler</b>	Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen.
<b>Nenner</b>	Alle lebend entlassenen Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom oder DCI.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 2,78 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

##### AK 850366: Angabe von ASA 5

<b>Zähler</b>	Patientinnen mit ASA 5.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen.
<b>Referenzbereich</b>	= 0
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

**AK 850367: Häufige Angabe „(y)pNX“**

<b>Zähler</b>	Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie DCIS oder invasives Mammakarzinom, bei denen eine axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung (Axilladisektion oder Entfernung einzelner Lymphknoten) oder eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder einem vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt wurde.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 1
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

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

<b>Zähler</b>	Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 14,55 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20

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

<b>Zähler</b>	Patientinnen ohne postoperative Histologie 'invasives Mammakarzinom'
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie 'invasives Mammakarziom (Primärtumor)'
<b>Referenzbereich</b>	≤ 4
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5

## 2.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
813068	774	37	17,5	0	0,0	6	16,2	31	83,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,5
850363	791	28	13,2	0	0,0	5	17,9	23	82,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850364	798	17	8	0	0,0	3	17,6	14	82,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850365	917	38	17,9	0	0,0	17	44,7	21	55,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850367	761	89	42	0	0,0	31	34,8	58	65,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850366	917	3	1,4	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>64</b>	<b>30,2</b>	<b>148</b>	<b>69,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>2,4</b>

## 2.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	30	14,2	0	0,0	9	30,0	21	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	28	13,2	0	0,0	8	28,6	20	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
Berlin	16	7,5	0	0,0	4	25,0	12	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	7	3,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	1,9	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	8	3,8	0	0,0	3	37,5	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	19	9,0	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	3	1,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	2	0,9	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Nordrhein-Westfalen	47	22,2	0	0,0	34	72,3	13	27,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,4
Rheinland-Pfalz	15	7,1	0	0,0	3	20,0	12	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	3	1,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	9	4,2	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	5	2,4	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	12	5,7	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	4	1,9	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>64</b>	<b>30,2</b>	<b>148</b>	<b>69,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>2,4</b>



## 2.1.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
813068	31	5	16,1	0	0,0	18	58,0	1	3,2	3	9,7	0	0,0	1	3,2
850363	23	3	13,0	2	8,7	15	65,2	0	0,0	1	4,3	0	0,0	2	8,7
850364	14	1	7,1	0	0,0	13	92,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850365	21	8	38,1	0	0,0	11	52,4	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	4,8
850367	58	21	36,2	0	0,0	30	51,7	0	0,0	4	6,9	0	0,0	0	0,0
850366	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>148</b>	<b>38</b>	<b>25,7</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>	<b>87</b>	<b>58,8</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>	<b>10</b>	<b>6,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>4</b>	<b>2,7</b>

## 2.1.5 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	21	4	19,0	0	0,0	17	81,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	20	1	5,0	0	0,0	19	95,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	12	4	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	66,7	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	7	3	42,9	0	0,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	19	6	31,6	0	0,0	11	57,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5
Mecklenburg-Vorpommern	3	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	13	2	15,4	1	7,7	6	46,2	1	7,7	1	7,7	0	0,0	2	15,4
Rheinland-Pfalz	12	1	8,3	0	0,0	11	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	9	2	22,2	1	11,1	3	33,3	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	12	2	16,7	0	0,0	10	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>148</b>	<b>38</b>	<b>25,7</b>	<b>2</b>	<b>1,4</b>	<b>87</b>	<b>58,8</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>	<b>10</b>	<b>6,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>4</b>	<b>2,7</b>

## 2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

### 2.2.1 Datenfeld 6: Geburtsdatum (Geburtsjahr)

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	800	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	800	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	798	99,8 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	%	Anzahl
Anzahl Standorte mit Abweichungen	2,2 %	1
Anzahl Standorte ohne Abweichungen	97,8 %	44

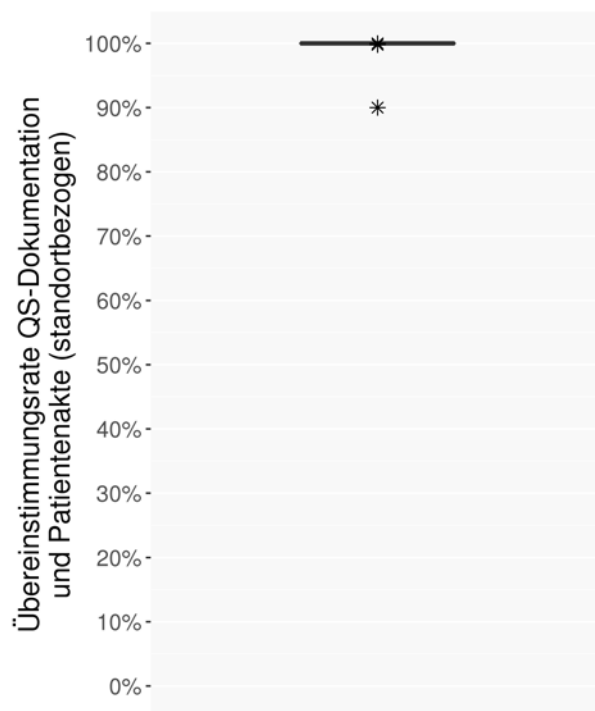


Abbildung 18: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.2 Datenfeld 12: Erkrankung an dieser Brust

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	800	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	792	99,0 %

		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	1	740 92,5 %	3 0,4 %	2 0,3 %	7 0,9 %	752 94 %	
	2	3 0,4 %	28 3,5 %	0 0 %	0 0 %	31 3,9 %	
	3	1 0,1 %	0 0 %	15 1,9 %	1 0,1 %	17 2,1 %	
	<b>Gesamt</b>	744 93 %	31 3,9 %	17 2,1 %	8 1 %	800 100 %	

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

1 = Primärerkrankung

2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET

3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	783/792	98,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	9/792	1,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	17,8 %	8
Standorte ohne Abweichungen	82,2 %	37

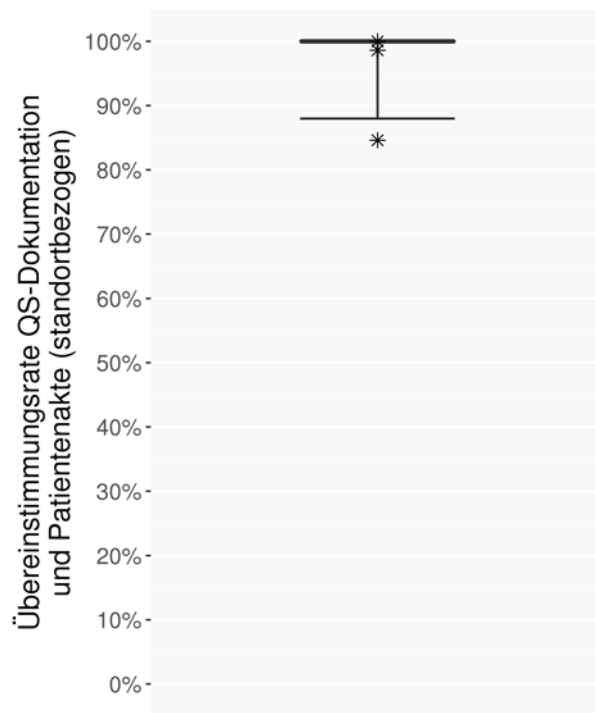


Abbildung 19: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.3 Datenfeld 13: Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen als Erkrankung an dieser Brust „Primärerkrankung“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	756	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	744	98,4 %

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	82 10,8 %	15 2 %	2 0,3 %	99 13,1 %
	1	19 2,5 %	624 82,5 %	10 1,3 %	653 86,4 %
	Nicht in QS-Dokumentation	1 0,1 %	3 0,4 %	0 0 %	4 0,5 %
	Gesamt	102 13,5 %	642 84,9 %	12 1,6 %	756 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	706/744	94,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	38/744	5,1 %
Sensitivität	82/102	80,4 %
Spezifität	624/642	97,2 %
Positiv prädiktiver Wert	82/97	84,5 %
Negativ prädiktiver Wert	624/643	97,0 %

	<b>%</b>	<b>Anzahl</b>
Standorte mit Abweichungen	46,7 %	21
Standorte ohne Abweichungen	53,3 %	24

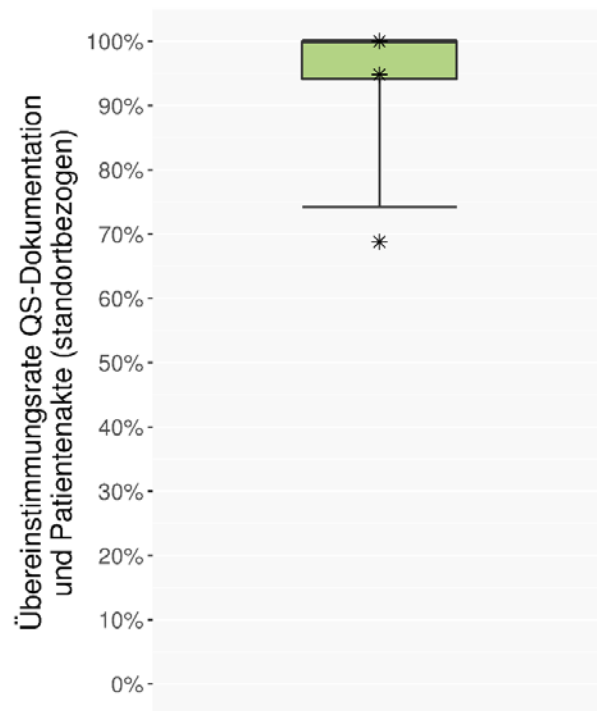


Abbildung 20: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

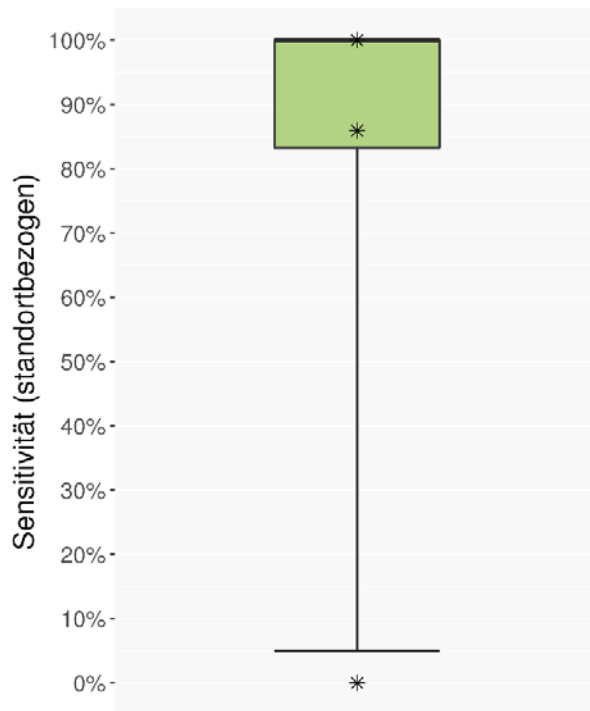


Abbildung 21: Sensitivität (standortbezogen)

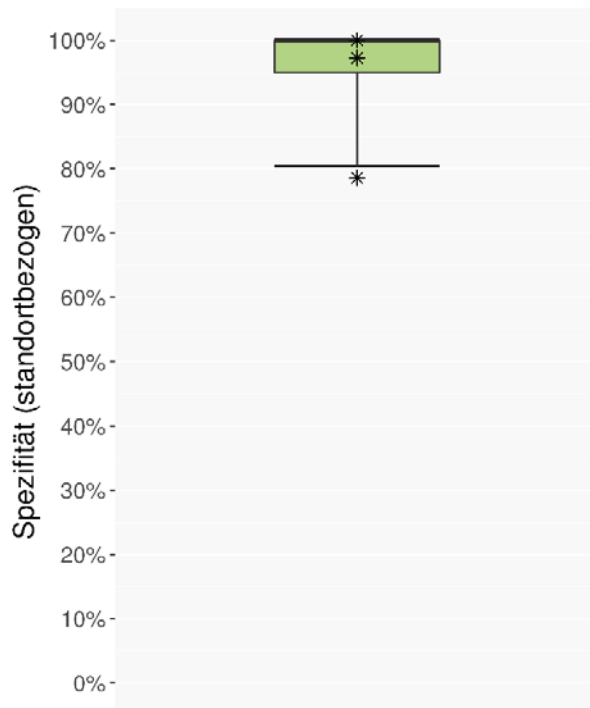


Abbildung 22: Spezifität (standortbezogen)



### 2.2.4 Datenfeld 18: Mammographie-Screening-Programm

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen eine Früherkennung in der QS-Dokumentation oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	256	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	226	88,3 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
	0	1	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	0	98 38,3 %	5 2 %	8 3,1 %	111 43,4 %
	1	7 2,7 %	116 45,3 %	22 8,6 %	145 56,6 %
	Nicht in QS-Dokumentation	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	105 41 %	121 47,3 %	30 11,7 %	256 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	214/226	94,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/226	5,3 %
Sensitivität	98/105	93,3 %

	Anzahl	%
Spezifität	116/121	95,9 %
Positiv prädiktiver Wert	98/103	95,1 %
Negativ prädiktiver Wert	116/123	94,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	40 %	13
Standorte ohne Abweichungen	60 %	27

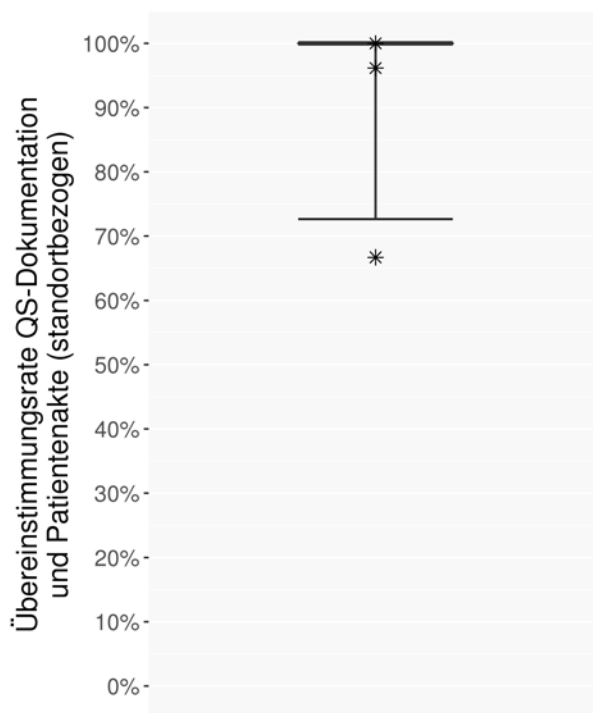


Abbildung 23: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

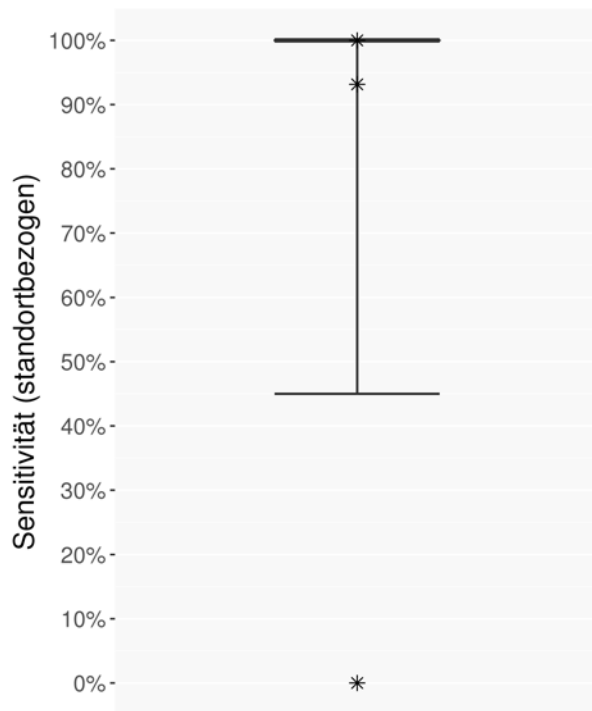


Abbildung 24: Sensitivität (standortbezogen)

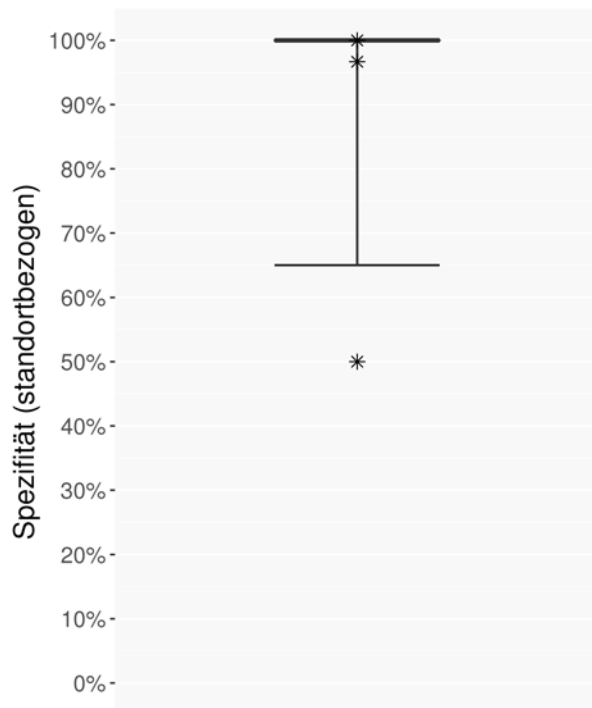


Abbildung 25: Spezifität (standortbezogen)

### 2.2.5 Datenfeld 22: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen 1. eine Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung oder 2. als Erkrankung an dieser Brust „lokoregionäres Rezidiv nach BET oder nach Mastektomie“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	717	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	588	82,0 %

	Angaben in der Patientenakte				
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	83 11,6 %	9 1,3 %	23 3,2 %	115 16 %
	1	4 0,6 %	481 67,1 %	101 14,1 %	586 81,7 %
	Nicht in QS-Dokumentation	0 0 %	11 1,5 %	5 0,7 %	16 2,2 %
	Gesamt	87 12,1 %	501 69,9 %	129 18 %	717 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	564/588	95,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	24/588	4,1 %
Sensitivität	83/87	95,4 %
Spezifität	481/501	96,0 %
Positiv prädiktiver Wert	83/92	90,2 %
Negativ prädiktiver Wert	481/485	99,2 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	75,6 %	34
Standorte ohne Abweichungen	24,4 %	11

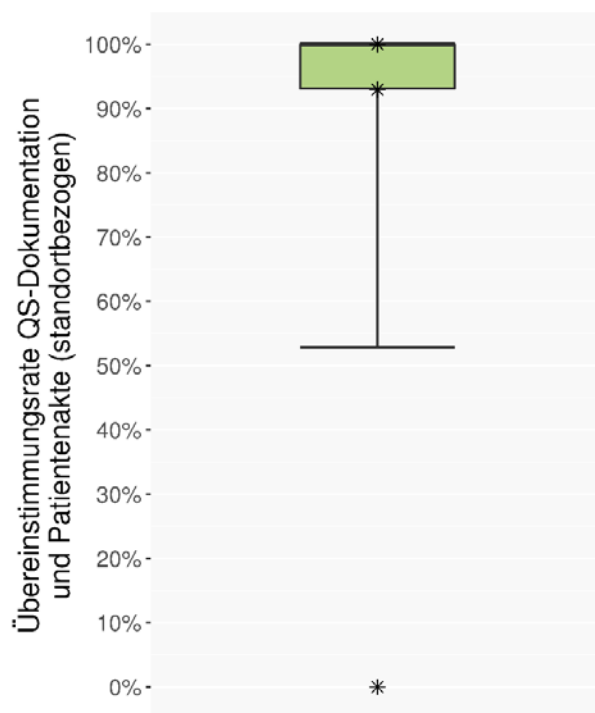


Abbildung 26: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

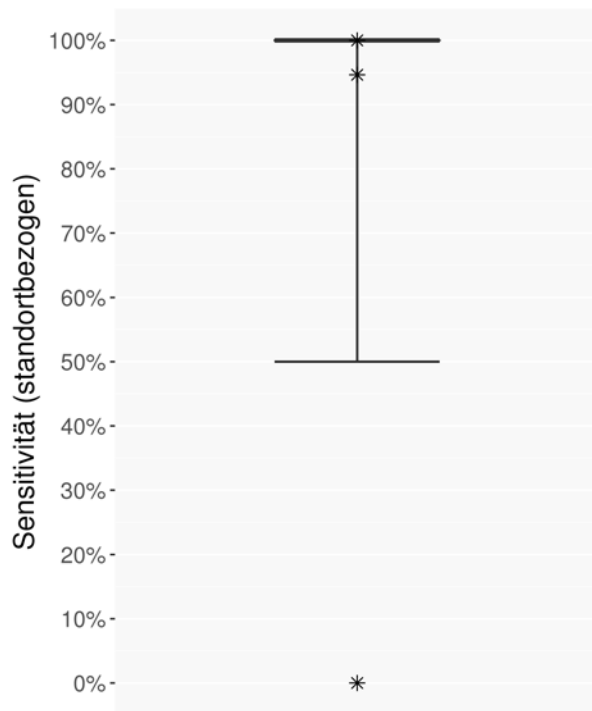


Abbildung 27: Sensitivität (standortbezogen)

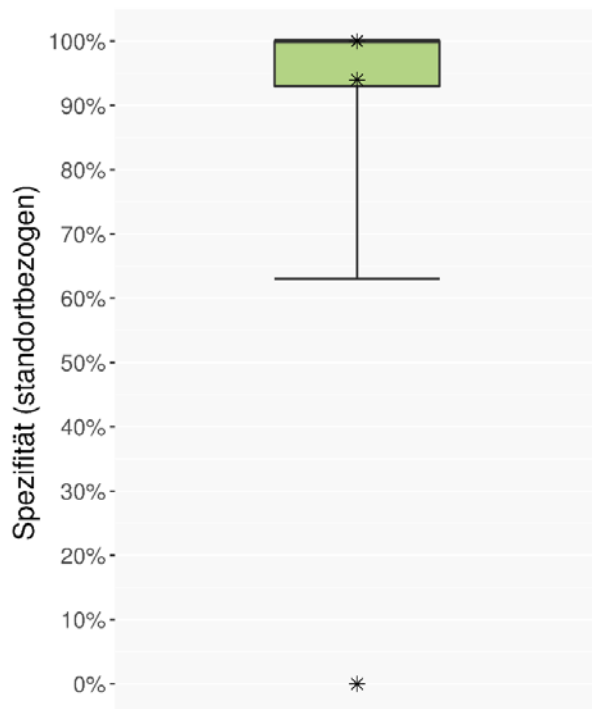


Abbildung 28: Spezifität (standortbezogen)

### 2.2.6 Datenfeld 23: Histologie

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen eine prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	606	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	597	98,5 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	1	1 0,2 %	1 0,2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 0,3 %	
	2	0 0 %	33 5,4 %	2 0,3 %	0 0 %	1 0,2 %	3 0,5 %	39 6,4 %	
	3	0 0 %	0 0 %	17 2,8 %	0 0 %	1 0,2 %	0 0 %	18 3 %	
	4	0 0 %	1 0,2 %	0 0 %	7 1,2 %	3 0,5 %	0 0 %	11 1,8 %	
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,2 %	517 85,3 %	5 0,8 %	523 86,3 %	
	Nicht in QS-Dokumentation	1 0,2 %	4 0,7 %	1 0,2 %	0 0 %	6 1 %	1 0,2 %	13 2,1 %	
	<b>Gesamt</b>	2 0,3 %	39 6,4 %	20 3,3 %	8 1,3 %	528 87,1 %	9 1,5 %	606 100 %	

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

- 1 = nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe
- 2 = benigne / entzündliche Veränderung
- 3 = benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial
- 4 = malignitätsverdächtig
- 5 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	575/597	96,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	22/597	3,7 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	37,8 %	17
Standorte ohne Abweichungen	62,2 %	28

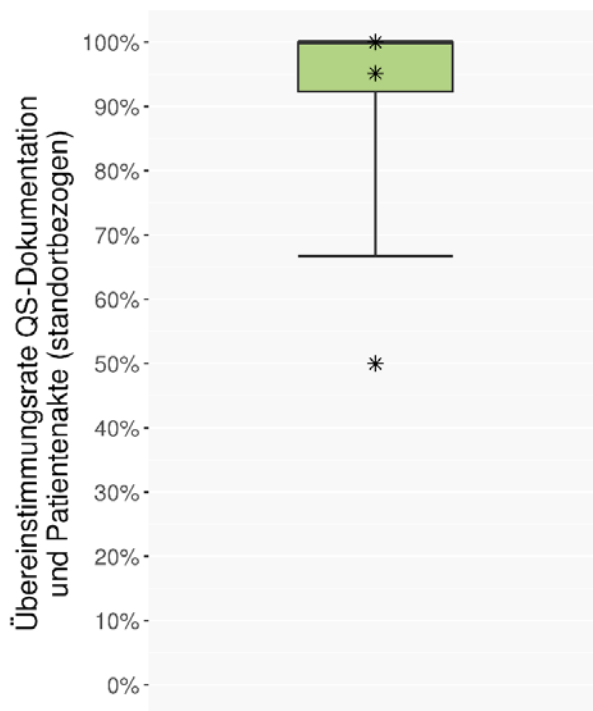


Abbildung 29: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)



### 2.2.7 Datenfeld 24: maligne Neoplasie

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen als präoperativer histologischer Befund „maligne Histologie (einschließlich in-situ-Karzinome)“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	574	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	11	1,9 %
Angabe nicht in QS-Dokumentation	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	563	98,1 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	489	86,9 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	64,4 %	29
Standorte ohne Abweichungen	35,6 %	16

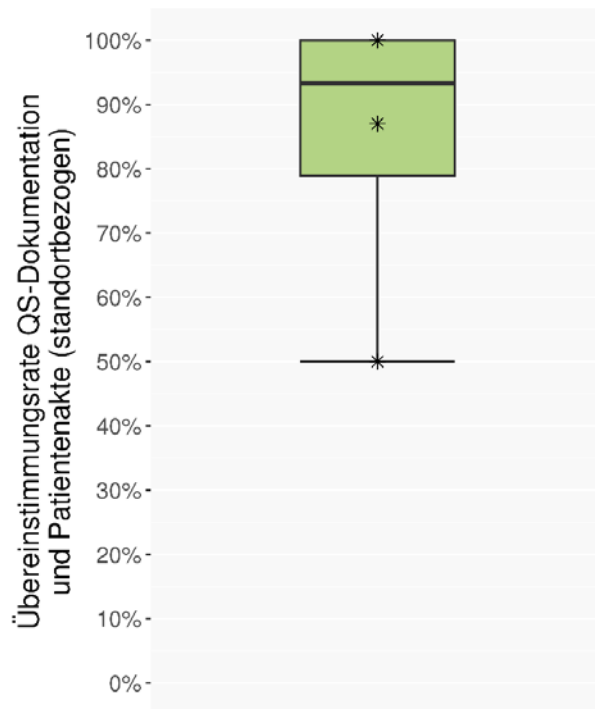


Abbildung 30: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.8 Datenfeld 25: Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen eine prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	606	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	52	8,6 %
Angabe nicht in QS-Dokumentation	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	554	91,4 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	372	67,1 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	73,3 %	33
Standorte ohne Abweichungen	26,7 %	10

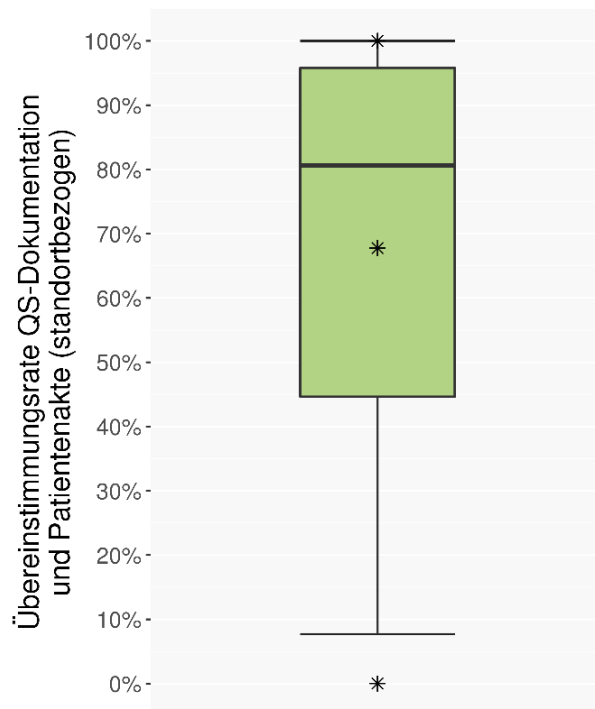


Abbildung 31: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.9 Datenfeld 28: präoperative tumorspezifische Therapie

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen, bei denen als Erkrankung an dieser Brust „Primärerkrankung“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	756	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	743	98,3 %

	Angaben in der Patientenakte				
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	626 82,8 %	7 0,9 %	10 1,3 %	643 85,1 %
	1	10 1,3 %	96 12,7 %	3 0,4 %	109 14,4 %
	Nicht in QS-Dokumentation	3 0,4 %	1 0,1 %	0 0 %	4 0,5 %
	Gesamt	639 84,5 %	104 13,8 %	13 1,7 %	756 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

#### Anmerkungen:

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	722/743	97,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	21/743	2,8 %
Sensitivität	626/639	98,0 %
Spezifität	96/104	92,3 %
Positiv prädiktiver Wert	626/633	98,9 %
Negativ prädiktiver Wert	96/106	90,6 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	28,9 %	13
Standorte ohne Abweichungen	71,1 %	32

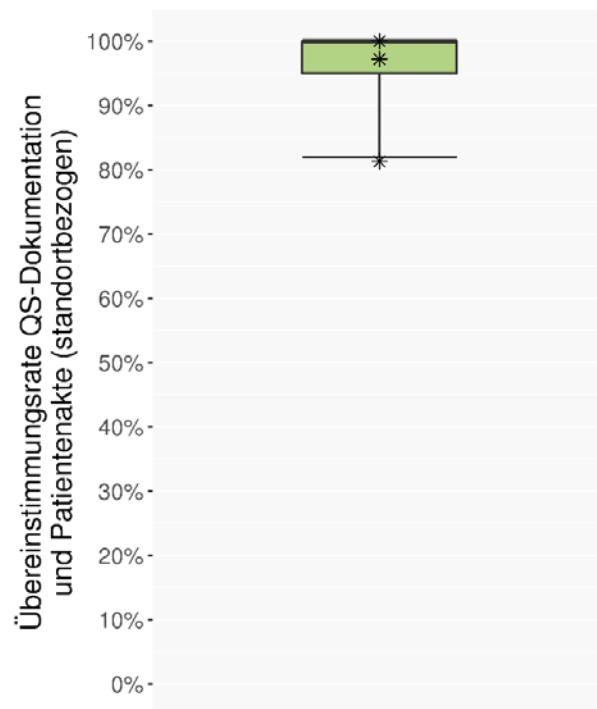


Abbildung 32: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

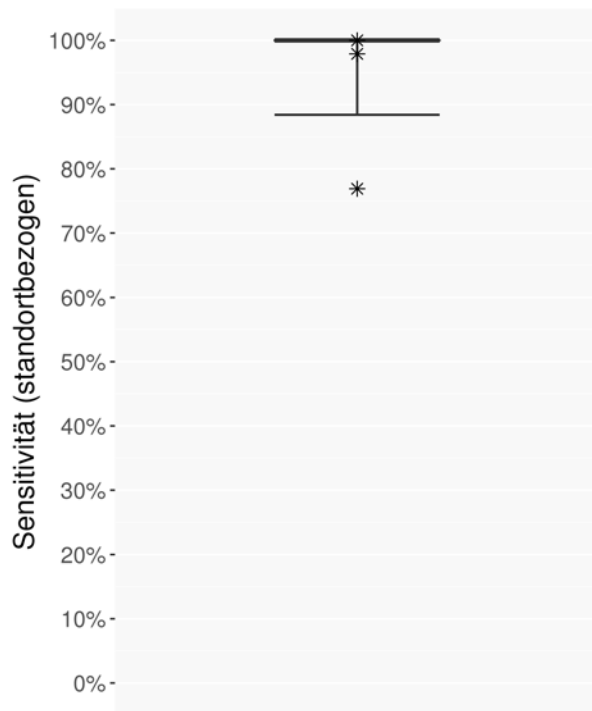


Abbildung 33: Sensitivität (standortbezogen)

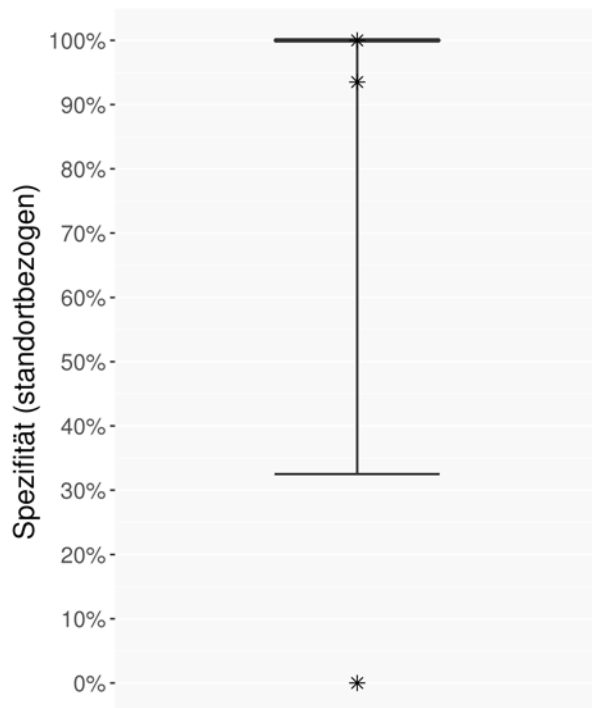


Abbildung 34: Spezifität (standortbezogen)

### 2.2.10 Datenfeld 35: präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	800	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	795	99,4 %

	Angaben in der Patientenakte						
		0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	520 65 %	16 2 %	24 3 %	0 0 %	3 0,4 %	563 70,4 %
	1	5 0,6 %	68 8,5 %	18 2,3 %	0 0 %	1 0,1 %	92 11,5 %
	2	30 3,8 %	3 0,4 %	105 13,1 %	0 0 %	1 0,1 %	139 17,4 %
	3	0 0 %	1 0,1 %	0 0 %	5 0,6 %	0 0 %	6 0,8 %
	<b>Gesamt</b>	555 69,4 %	88 11 %	147 18,4 %	5 0,6 %	5 0,6 %	800 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, durch Mammographie

2 = ja, durch Sonographie

3 = ja, durch MRT

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	698/795	87,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	97/795	12,2 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	66,7 %	30
Standorte ohne Abweichungen	33,3 %	15

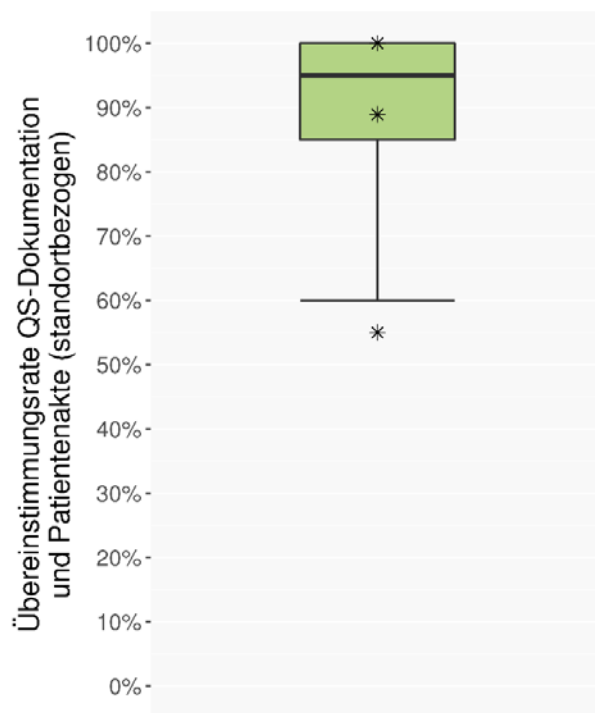


Abbildung 35: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.11 Datenfeld 36: intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen eine präoperative Draht-Markierung gesteuert durch Mammographie, Sonographie oder MRT in der QS-Dokumentation und/oder der Patientenakte dokumentiert wurde



	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	277	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	100	36,1 %

	Angaben in der Patientenakte					
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	18 6,5 %	3 1,1 %	0 0 %	11 4 %	32 11,6 %
	1	2 0,7 %	40 14,4 %	0 0 %	21 7,6 %	63 22,7 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	Nicht in QS-Dokumentation	19 6,9 %	18 6,5 %	0 0 %	145 52,3 %	182 65,7 %
	Gesamt	39 14,1 %	61 22 %	0 0 %	177 63,9 %	277 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, intraoperative Präparateradiographie

2 = ja, intraoperative Präparatesonographie

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	58/100	58,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	42/100	42,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	63,2 %	24
Standorte ohne Abweichungen	36,8 %	14

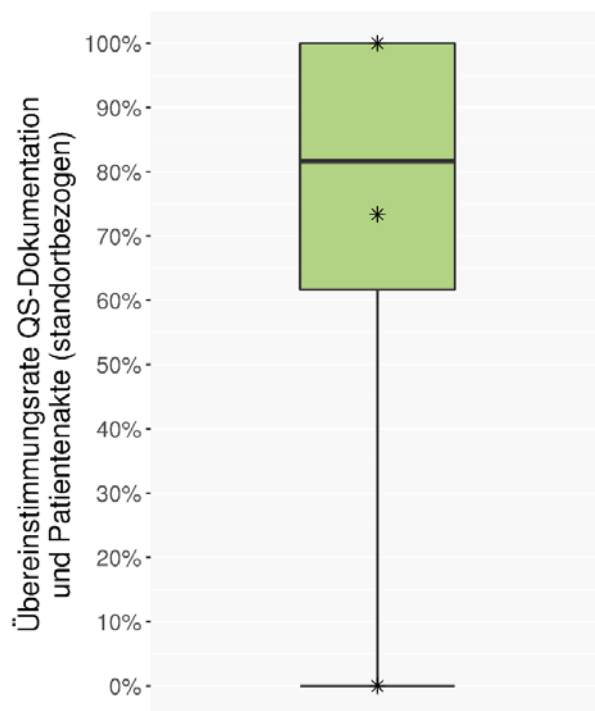


Abbildung 36: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.12 Datenfeld 46: Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	800	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	798	99,8 %

	Angaben in der Patientenakte						
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	1	13 1,6 %	2 0,3 %	0 0 %	5 0,6 %	0 0 %	20 2,5 %
	2	6 0,8 %	99 12,4 %	0 0 %	5 0,6 %	1 0,1 %	111 13,9 %
	3	1 0,1 %	2 0,3 %	4 0,5 %	2 0,3 %	0 0 %	9 1,1 %
	4	1 0,1 %	1 0,1 %	0 0 %	657 82,1 %	1 0,1 %	660 82,5 %
	<b>Gesamt</b>	21 2,6 %	104 13 %	4 0,5 %	669 83,6 %	2 0,3 %	800 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

- 1 = ausschließlich Normalgewebe
- 2 = benigne / entzündliche Veränderung
- 3 = Risikoläsion
- 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	773/798	96,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	25/798	3,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	37,8 %	17
Standorte ohne Abweichungen	62,2 %	28

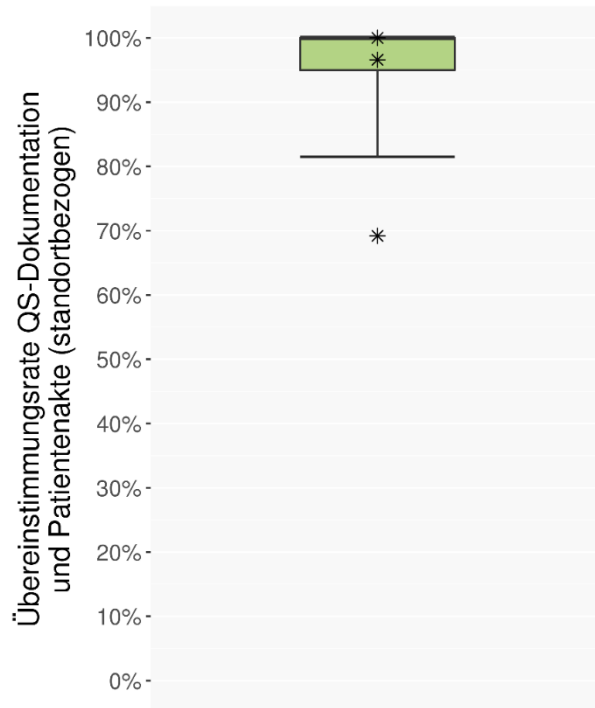


Abbildung 37: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.13 Datenfeld 47: maligne Neoplasie**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen als postoperativer histologischer Befund „maligne Histologie (einschließlich in-situ-Karzinome)“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	672	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	8	1,2 %
Angabe nicht in QS-Dokumentation	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	664	98,8 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	604	91 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	60,0 %	27

	%	Anzahl
Standorte ohne Abweichungen	40,0 %	18

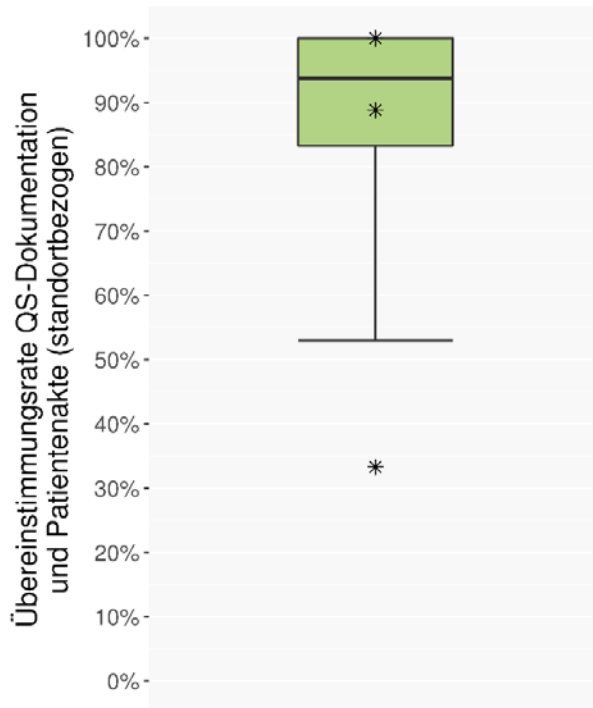


Abbildung 38: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.14 Datenfeld 48: primär-operative Therapie abgeschlossen

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	800	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	783	97,9 %

	Angaben in der Patientenakte				
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	113 14,1 %	12 1,5 %	0 0 %	125 15,6 %
	1	11 1,4 %	647 80,9 %	17 2,1 %	675 84,4 %
	Gesamt	124 15,5 %	659 82,4 %	17 2,1 %	800 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	760/783	97,1 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	23/783	2,9 %
Sensitivität	113/124	91,1 %
Spezifität	647/659	98,2 %
Positiv prädiktiver Wert	113/125	90,4 %
Negativ prädiktiver Wert	647/658	98,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	28,9 %	13
Standorte ohne Abweichungen	71,1 %	32

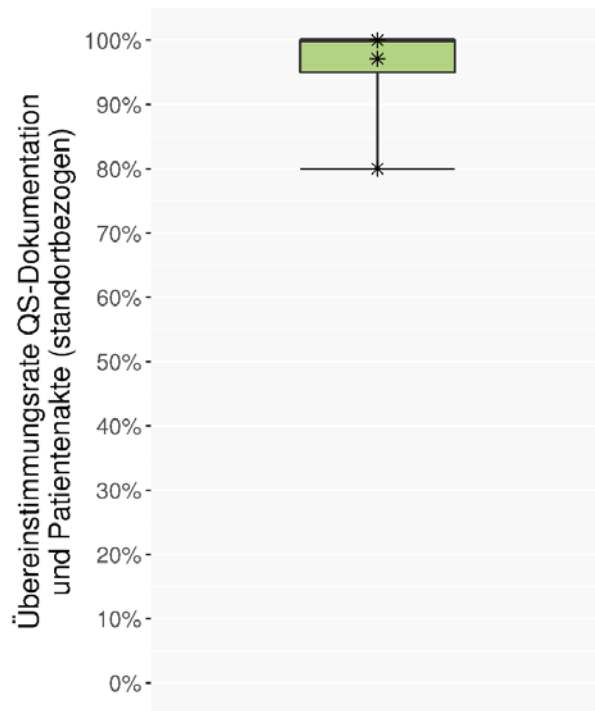


Abbildung 39: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

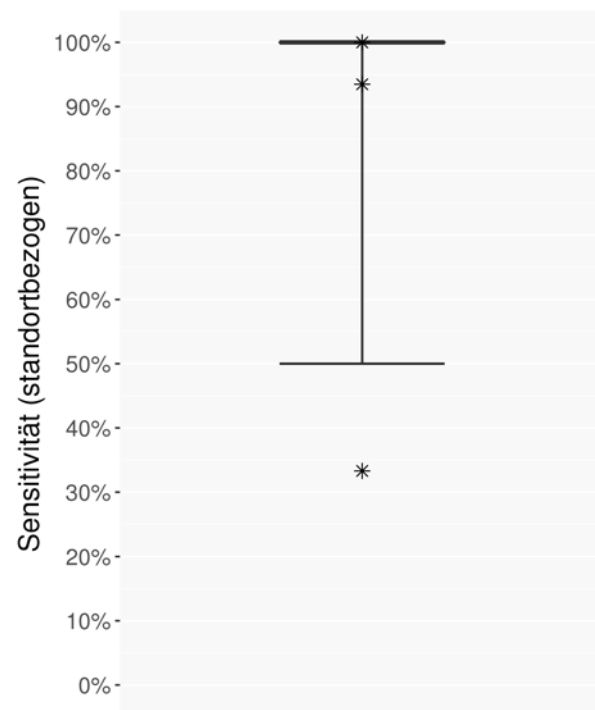


Abbildung 40: Sensitivität (standortbezogen)

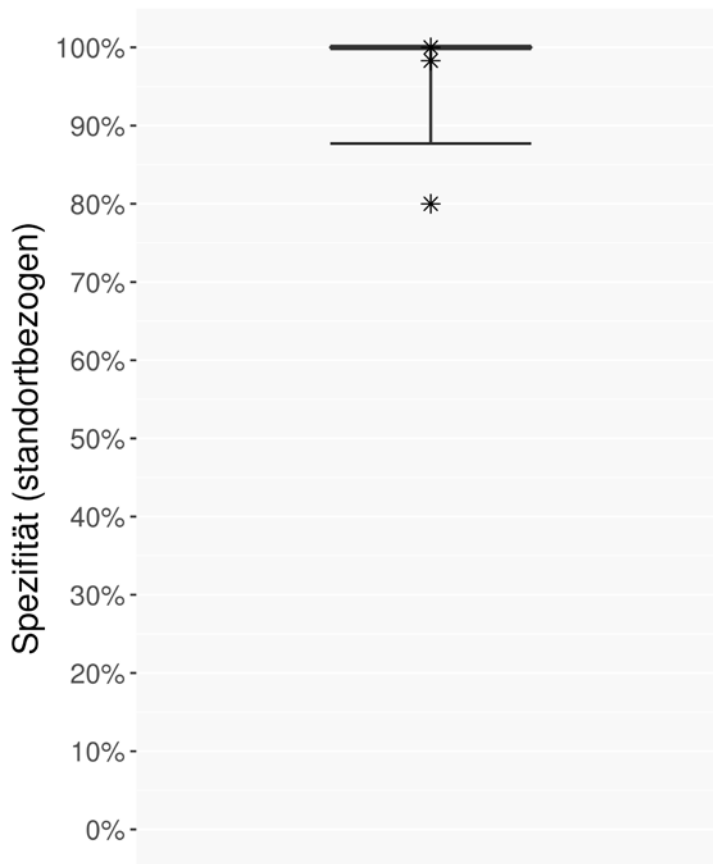


Abbildung 41: Spezifität (standortbezogen)

**2.2.15 Datenfeld 50: pT**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen als Erkrankung an dieser Brust „Primärerkrankung“ und primär-operative Therapie angeschlossen und als maligne Neoplasie invasives Mammakarzinom, Sarkom oder DCIS in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patientinnen)	516	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	21	4,1 %
Angabe nicht in QS-Dokumentation	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	495	95,9 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	458	92,5 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.



	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	48,9 %	22
Standorte ohne Abweichungen	51,1 %	23

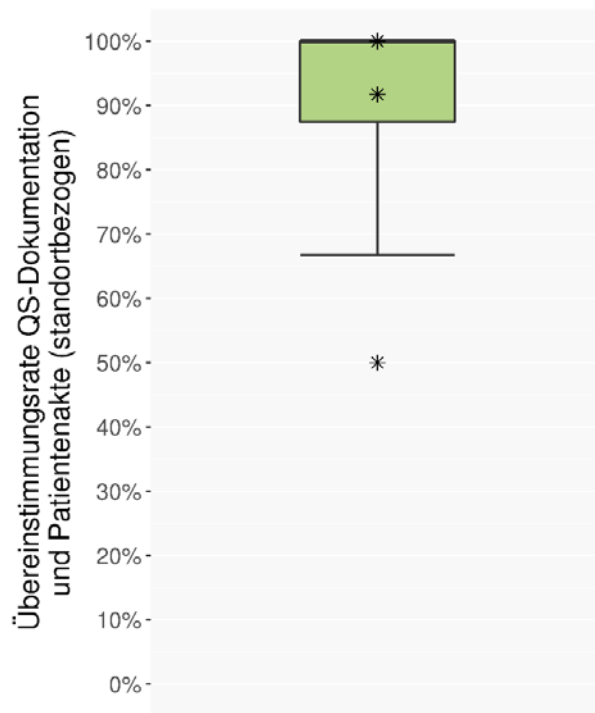


Abbildung 42: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.16 Datenfeld 51: pN**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen als Erkrankung an dieser Brust „Primärerkrankung“ und primär-operative Therapie angeschlossen und als maligne Neoplasie invasives Mammakarzinom oder DCIS in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	515	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	22	4,3 %
Angabe nicht in QS-Dokumentation	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	493	95,7 %

	Anzahl	%
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	427	86,6 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	55,6 %	25
Standorte ohne Abweichungen	44,4 %	20

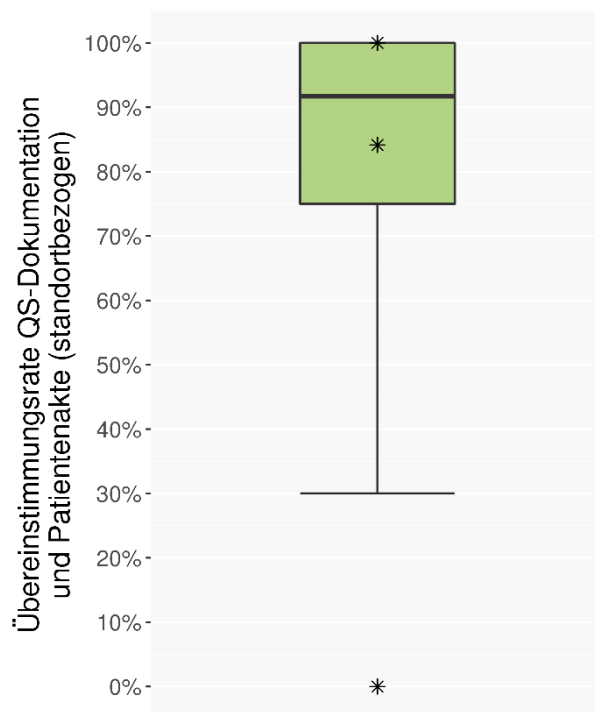


Abbildung 43: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.17 Datenfeld 56: Grading (WHO)**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie und als maligne Neoplasie Primärtumor invasives Karzinom

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	497	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	478	96,2 %

		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		1	2	3	X	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	88 17,7 %	3 0,6 %	2 0,4 %	0 0 %	1 0,2 %	94 18,9 %
	2	2 0,4 %	227 45,7 %	5 1 %	0 0 %	7 1,4 %	241 48,5 %
	3	0 0 %	2 0,4 %	119 23,9 %	1 0,2 %	7 1,4 %	129 26 %
	X	1 0,2 %	1 0,2 %	0 0 %	10 2 %	0 0 %	12 2,4 %
	Nicht in QS-Dokumentation	2 0,4 %	10 2 %	5 1 %	0 0 %	4 0,8 %	21 4,2 %
	Gesamt	93 18,7 %	243 48,9 %	131 26,4 %	11 2,2 %	19 3,8 %	497 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

1 = gut differenziert

2 = mäßig differenziert

3 = schlecht differenziert

X = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	444/478	92,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	34/478	7,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	46,7 %	21
Standorte ohne Abweichungen	53,3 %	24

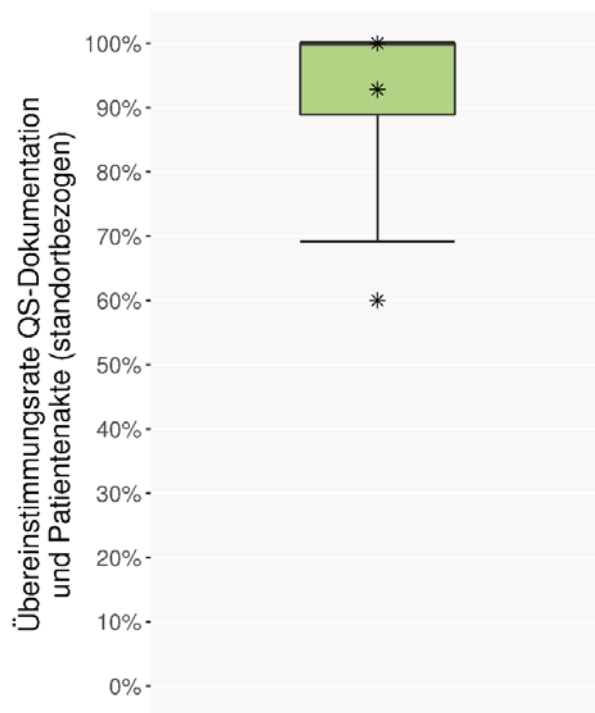


Abbildung 44: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.18 Datenfeld 58: HER-2/neu-Status**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie und als maligne Neoplasie Primärtumor invasives Karzinom

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	497	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	475	95,6 %

		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	0	388 78,1 %	7 1,4 %	0 0 %	14 2,8 %	409 82,3 %	
	1	5 1 %	55 11,1 %	0 0 %	3 0,6 %	63 12,7 %	
	9	1 0,2 %	0 0 %	3 0,6 %	0 0 %	4 0,8 %	
	Nicht in QS-Dokumentation	13 2,6 %	3 0,6 %	0 0 %	5 1 %	21 4,2 %	
		407 81,9 %	65 13,1 %	3 0,6 %	22 4,4 %	497 100 %	

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = negativ

1 = positiv

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	446/475	93,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	29/475	6,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	42,2 %	19
Standorte ohne Abweichungen	57,8 %	26

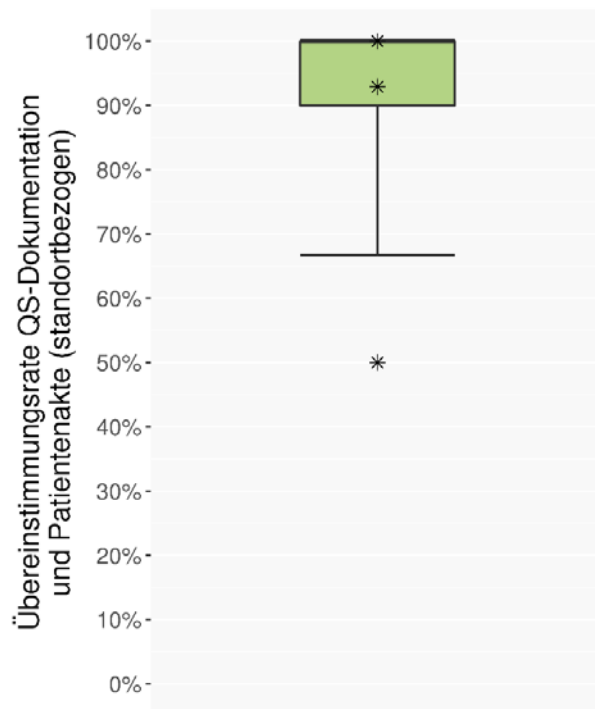


Abbildung 45: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.19 Datenfeld 60: R0-Resektion**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie und als maligne Neoplasie Primärtumor invasives Karzinom oder DCIS

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	550	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	521	94,7 %

		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	8	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	9 1,6 %	13 2,4 %	0 0 %	0 0 %	2 0,4 %	24 4,4 %
	1	7 1,3 %	460 83,6 %	0 0 %	0 0 %	17 3,1 %	484 88 %
	8	1 0,2 %	1 0,2 %	2 0,4 %	0 0 %	0 0 %	4 0,7 %
	9	0 0 %	2 0,4 %	0 0 %	8 1,5 %	0 0 %	10 1,8 %
	Nicht in QS-Dokumentation	3 0,5 %	15 2,7 %	0 0 %	0 0 %	10 1,8 %	28 5,1 %
	Gesamt	20 3,6 %	491 89,3 %	2 0,4 %	8 1,5 %	29 5,3 %	550 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

8 = es liegen keine Angaben vor

9 = Vollremission nach neoadjuvanter Therapie

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	479/521	91,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	42/521	8,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	40,0 %	18
Standorte ohne Abweichungen	60,0 %	27

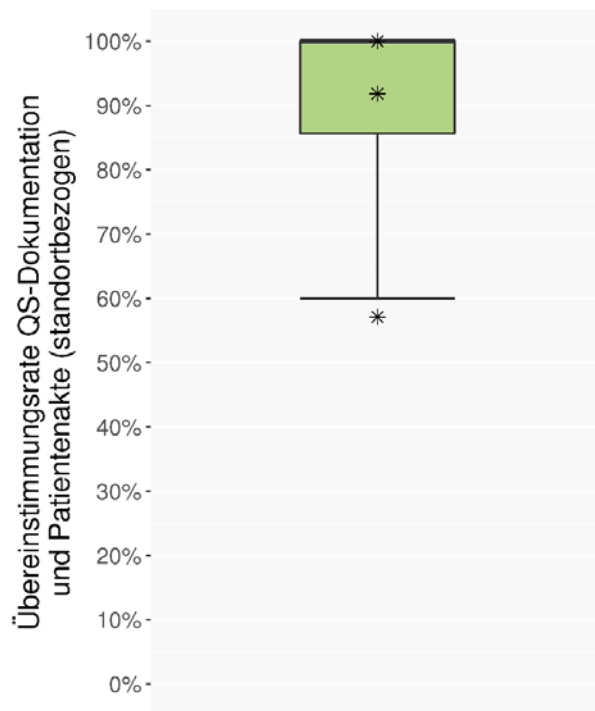


Abbildung 46: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.20 Datenfeld 63: brusterhaltende Therapie (BET)**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv nach BET und abgeschlossener primär-operativer Therapie und maligner Neoplasie invasives Karzinom o-der DCIS

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	538	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	520	96,7 %



	Angaben in der Patientenakte						
		0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	144 26,8 %	8 1,5 %	2 0,4 %	0 0 %	6 1,1 %	160 29,7 %
	1	1 0,2 %	335 62,3 %	1 0,2 %	0 0 %	8 1,5 %	345 64,1 %
	2	2 0,4 %	0 0 %	8 1,5 %	0 0 %	1 0,2 %	11 2 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 0,4 %	0 0 %	2 0,4 %
	Nicht in QS-Dokumentation	6 1,1 %	11 2 %	0 0 %	0 0 %	3 0,6 %	20 3,7 %
	Gesamt	153 28,4 %	354 65,8 %	11 2 %	2 0,4 %	18 3,3 %	538 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)

3 = ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	489/520	94,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	31/520	6,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	44,4 %	20
Standorte ohne Abweichungen	55,6 %	25

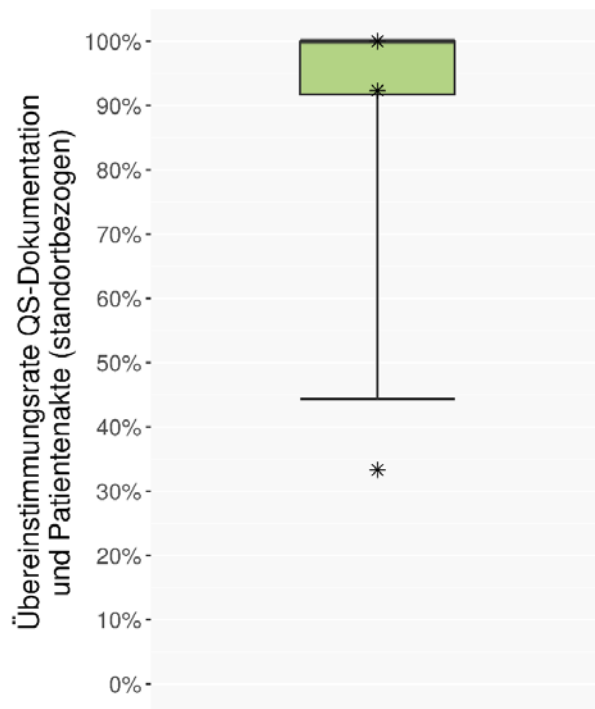


Abbildung 47: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.21 Datenfeld 64: axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit Primärerkrankung und abgeschlossener primär-operativer Therapie und maligner Neoplasie invasives Karzinom oder DCIS

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	515	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	495	96,1 %

		Angaben in der Patientenakte				
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	228 44,3 %	8 1,6 %	3 0,6 %	10 1,9 %	249 48,3 %
	1	44 8,5 %	70 13,6 %	9 1,7 %	2 0,4 %	125 24,3 %
	2	3 0,6 %	4 0,8 %	107 20,8 %	6 1,2 %	120 23,3 %
	Nicht in QS-Dokumentation	13 2,5 %	4 0,8 %	2 0,4 %	2 0,4 %	21 4,1 %
	Gesamt	288 55,9 %	86 16,7 %	121 23,5 %	20 3,9 %	515 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, einzelne Lymphknoten

2 = ja, Axilladissektion

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	405/495	81,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	90/495	18,2 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	68,9 %	31
Standorte ohne Abweichungen	31,1 %	14

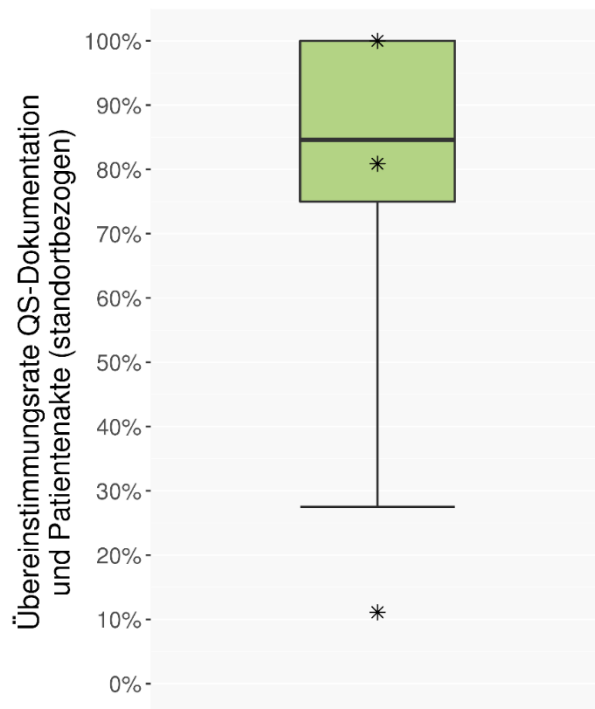


Abbildung 48: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.22 Datenfeld 65: Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit Primärerkrankung und abgeschlossener primär-operativer Therapie und maligner Neoplasie invasives Karzinom oder DCIS

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	515	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	499	96,9 %

	Angaben in der Patientenakte				
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	143 27,8 %	5 1 %	5 1 %	153 29,7 %
	1	14 2,7 %	318 61,7 %	9 1,7 %	341 66,2 %
	Nicht in QS-Dokumentation	2 0,4 %	17 3,3 %	2 0,4 %	21 4,1 %
	Gesamt	159 30,9 %	340 66 %	16 3,1 %	515 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

#### Anmerkungen:

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	461/499	92,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	38/499	7,6 %
Sensitivität	143/159	89,9 %
Spezifität	318/340	93,5 %
Positiv prädiktiver Wert	143/148	96,6 %
Negativ prädiktiver Wert	318/332	95,8 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	55,6 %	25

	%	Anzahl
Standorte ohne Abweichungen	44,4 %	20

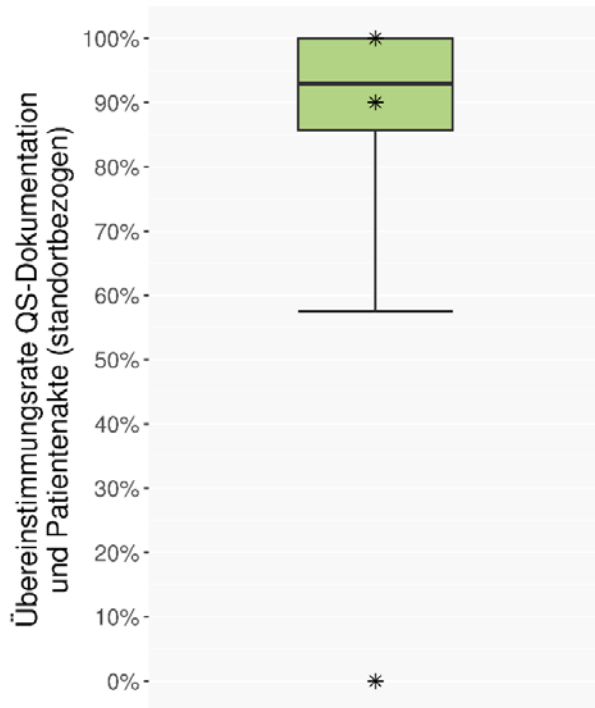


Abbildung 49: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

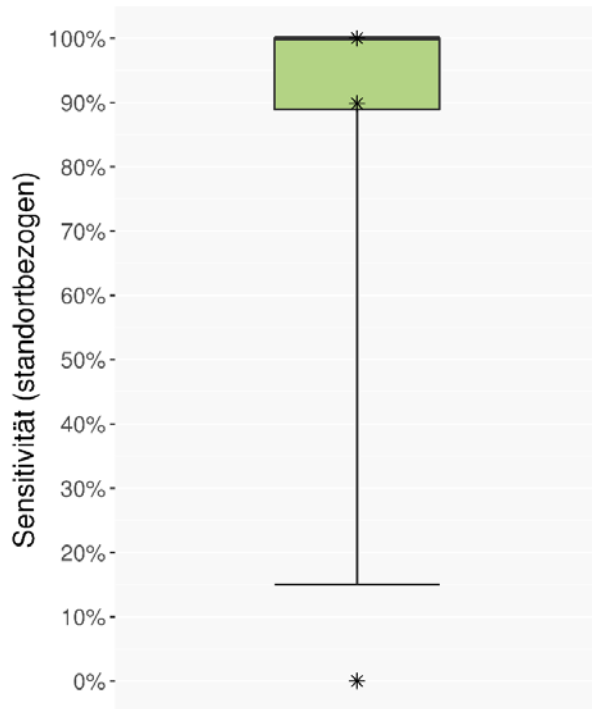


Abbildung 50: Sensitivität (standortbezogen)

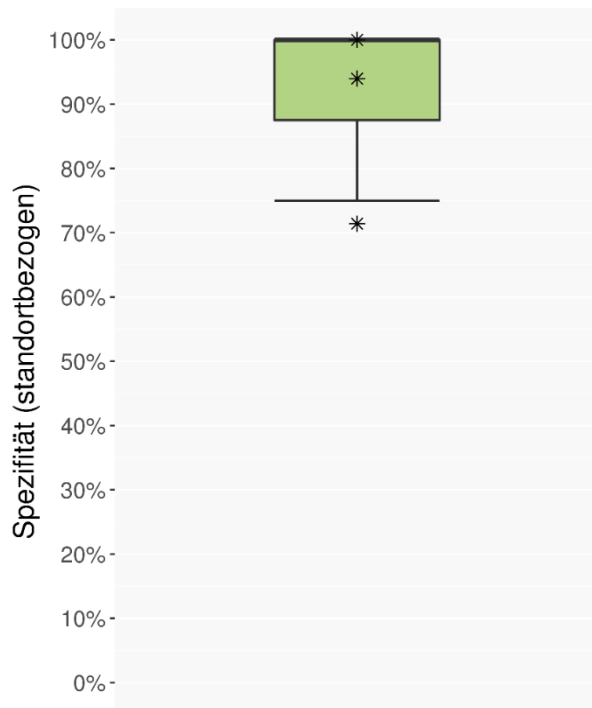


Abbildung 51: Spezifität (standortbezogen)

**2.2.23 Datenfeld 75: Entlassungsgrund****Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	800	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	797	99,6 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
	0	1	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	0	797 99,6 %	0 0 %	3 0,4 %	800 100 %
	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	797 99,6 %	0 0 %	3 0,4 %	800 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	797/797	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/797	0,0 %
Sensitivität	797/797	100,0 %
Spezifität	0/0	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	797/797	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	0/0	100,0 %



	<b>%</b>	<b>Anzahl</b>
Standorte mit Abweichungen	0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100 %	45

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3 Umfassende Datenvalidierung: Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

#### 3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

###### AK 850354: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

<b>Zähler</b>	Patienten, die im Krankenhaus verstarben.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden und mit der Angabe einer "sonstigen" Operation.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 2
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

###### AK 850355: Risikoadjustierung nach dem KBA-Score vermehrt nicht möglich

<b>Zähler</b>	Patienten, bei denen unvollständige Angaben zum KBA-Score vorliegen.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden.
<b>Referenzbereich</b>	< 3,00 %
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

###### AK 850356: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

<b>Zähler</b>	O / E unter Berücksichtigung der Variablen Alter und Geschlecht.
<b>Nenner</b>	O / E unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren des KBA-Scores.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 3,05 (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

**AK 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen**

<b>Zähler</b>	Lebend entlassene Patienten
<b>Nenner</b>	Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden
<b>Referenzbereich</b>	< 100,00 %
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	50

### 3.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850354	43	2	10,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850355	83	10	52,6	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850356	75	5	26,3	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850325	83	2	10,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

### 3.1.3 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850354	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850355	10	3	30,0	0	0,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850356	5	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850325	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>47,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>10</b>	<b>52,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

### 3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

#### 3.2.1 Datenfeld 2: entlassender Standort

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	40 50 %	0 0 %	0 0 %	40 50 %
	1	0 0 %	40 50 %	0 0 %	40 50 %
	Gesamt	40 50 %	40 50 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

**Anmerkungen:**

0 = Standort 00

1 = Standort 01

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.2 Datenfeld 7: Geburtsdatum (Geburtsjahr)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	80	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	80	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	80	100,0 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.3 Datenfeld 9: Körpergröße

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	80	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	80	100,0 %

	Anzahl	%
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	69	86,3 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	100,0 %	4
Standorte ohne Abweichungen	0,0 %	0

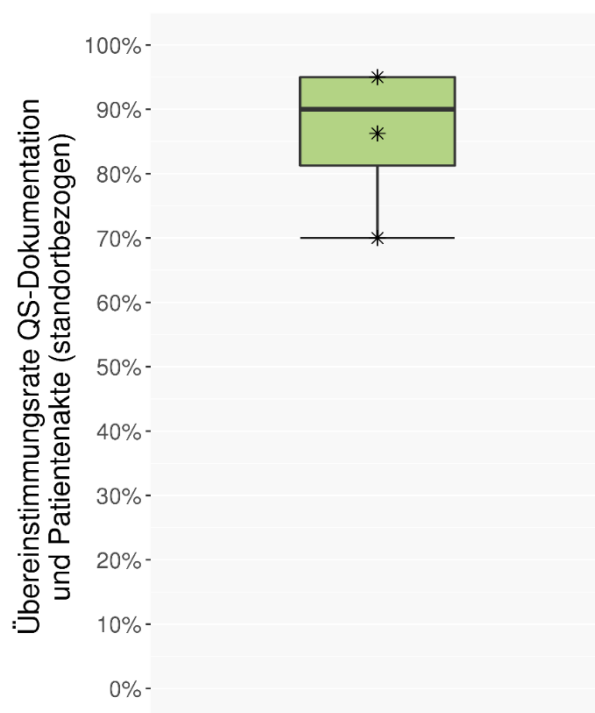


Abbildung 52: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.4 Datenfeld 11: Körpergewicht bei Aufnahme

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	80	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	80	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	68	85,0 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	75,0 %	3
Standorte ohne Abweichungen	25,0 %	1

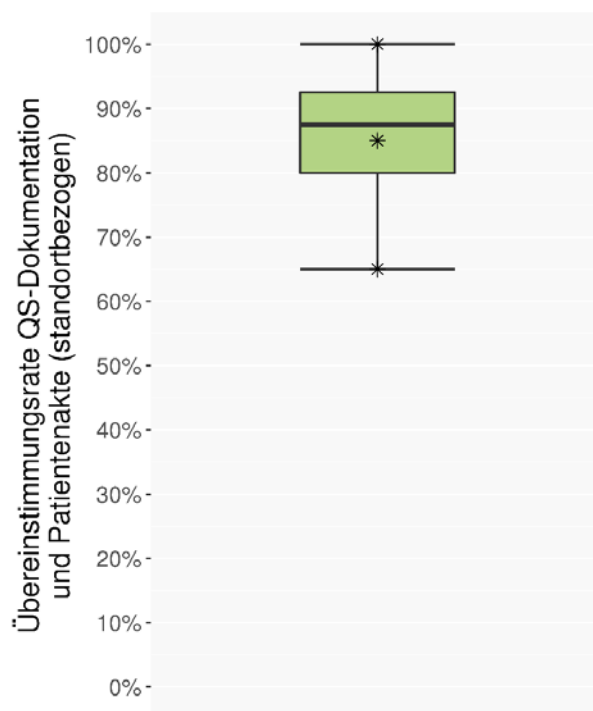


Abbildung 53: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)



### 3.2.5 Datenfeld 13: klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	76	95,0 %

	Angaben in der Patientenakte						Gesamt
	1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	1	4 5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	4 5 %
	2	2 2,5 %	13 16,3 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	17 21,3 %
	3	5 6,3 %	3 3,8 %	29 36,3 %	2 2,5 %	2 2,5 %	41 51,3 %
	4	0 0 %	1 1,3 %	9 11,3 %	6 7,5 %	2 2,5 %	18 22,5 %
	<b>Gesamt</b>	11 13,8 %	17 21,3 %	40 50 %	8 10 %	4 5 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

**Anmerkungen:**

1 = Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit

2 = Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung

3 = Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung

4 = Beschwerden in Ruhe

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	52/76	68,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	24/76	31,6 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	75,0 %	3
Standorte ohne Abweichungen	25,0 %	1

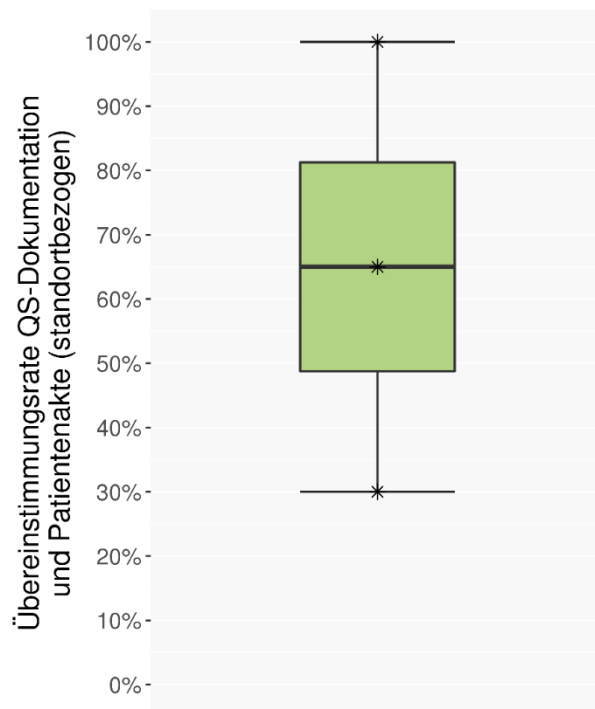


Abbildung 54: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.6 Datenfeld 15: Infarkt(e)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte								
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	8	9	aus PA nicht er- sicht- lich*	Ge- samt
	0	60 75 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	61 76,3 %
	1	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	2	1 1,3 %	0 0 %	7 8,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	8 10 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	4	2 2,5 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	6 7,5 %
	8	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Ge- samt</b>	63 78,8 %	2 2,5 %	9 11,3 %	1 1,3 %	4 5 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden

2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage

3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück

4 = ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück

8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	74/80	92,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/80	7,5 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	50,0 %	2
Standorte ohne Abweichungen	50,0 %	2

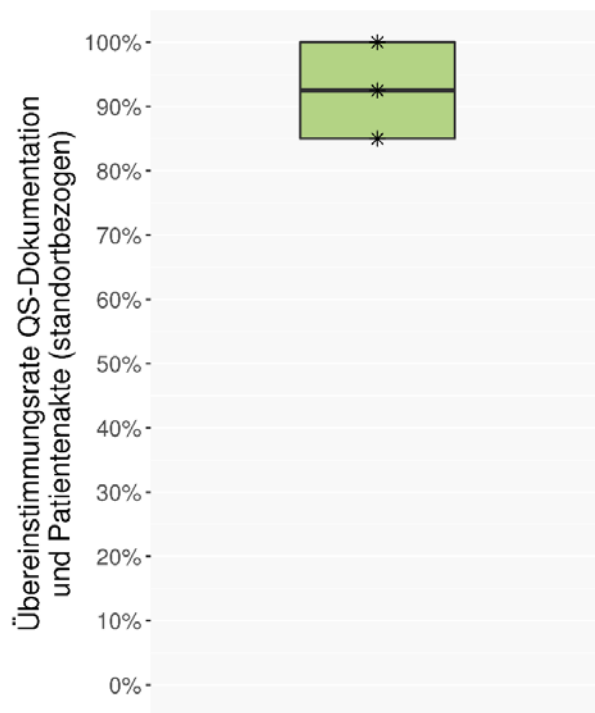


Abbildung 55: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**3.2.7 Datenfeld 16: kardiogener Schock/ Dekompensation**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	8	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	69 86,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	69 86,3 %
	1	0 0 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %
	2	0 0 %	0 0 %	5 6,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	5 6,3 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %
	8	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	69 86,3 %	3 3,8 %	5 6,3 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunde

2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage

3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage

8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.8 Datenfeld 17: Reanimation****Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	8	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	79 98,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	79 98,8 %
	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	3	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	8	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	80 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden

2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage

3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tag

8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/80	98,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/80	1,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	25,0 %	1
Standorte ohne Abweichungen	75,0 %	3

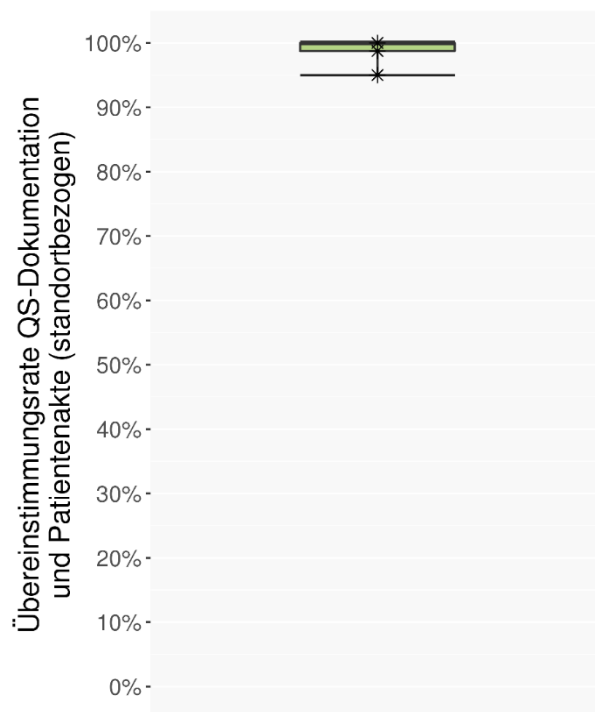


Abbildung 56: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.9 Datenfeld 18: Patient wird beatmet

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %



	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	
Angaben in der QS-Dokumentation	0	80	0	0	80
		100 %	0 %	0 %	100 %
	1	0	0	0	0
		0 %	0 %	0 %	0 %
Gesamt	80	0	0	0	80
	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %
Sensitivität	80/80	100,0 %
Spezifität	0/0	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	80/80	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	0/0	100,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.10 Datenfeld 20: Herzrhythmus bei Aufnahme**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte					
		0	1	2	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	1	0 0 %	67 83,8 %	2 2,5 %	1 1,3 %	0 0 %	70 87,5 %
	2	0 0 %	4 5 %	5 6,3 %	0 0 %	0 0 %	9 11,3 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	1 1,3 %
	Gesamt	0 0 %	71 88,8 %	7 8,8 %	2 2,5 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

- 1 = Sinusrhythmus
- 2 = Vorhofflimmern
- 9 = anderer Rhythmus

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	73/80	91,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/80	8,7 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	100,0 %	4
Standorte ohne Abweichungen	0,0 %	0

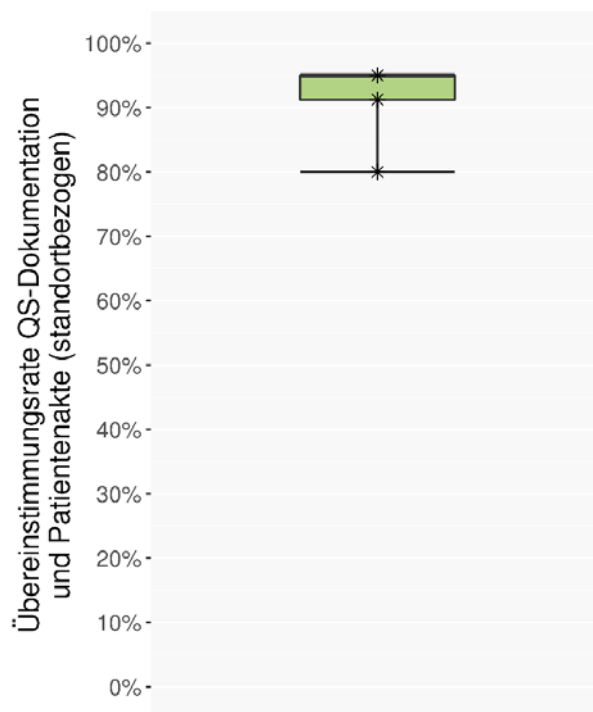


Abbildung 57: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.11 Datenfeld 22: Einstufung nach ASA- Klassifikation

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	
	3	0 0 %	0 0 %	45 56,3 %	14 17,5 %	0 0 %	0 0 %	59 73,8 %	
	4	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %	17 21,3 %	0 0 %	0 0 %	20 25 %	
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	
	<b>Gesamt</b>	0 0 %	0 0 %	48 60 %	32 40 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %	

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

1 = normaler, gesunder Patient

2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung

3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung

4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt

5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	62/80	77,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	18/80	22,5 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	100,0 %	4
Standorte ohne Abweichungen	0,0 %	0

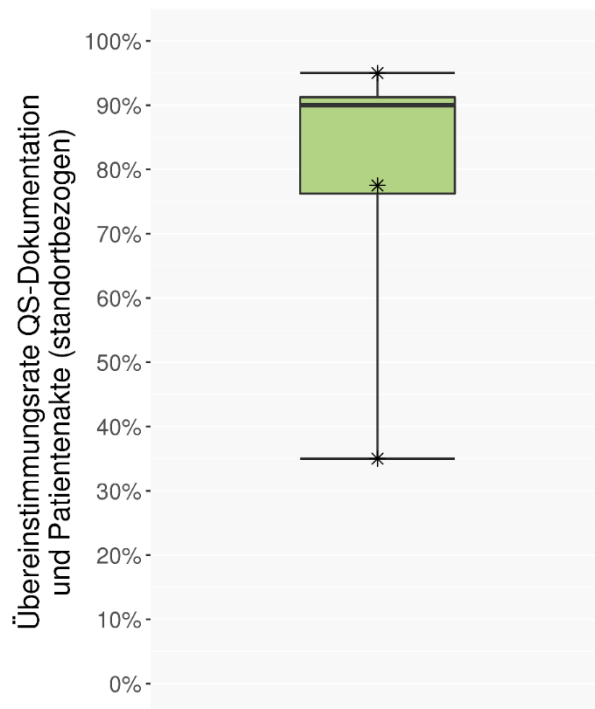


Abbildung 58: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.12 Datenfeld 23: LVEF

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte						
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	2	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	3	0 0 %	0 0 %	28 35 %	1 1,3 %	0 0 %	29 36,3 %
	4	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	48 60 %	0 0 %	49 61,3 %
	<b>Gesamt</b>	0 0 %	2 2,5 %	29 36,3 %	49 61,3 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

- 1 = ≤ 20 %
- 2 = 21 % - 30 %
- 3 = 31 % - 50 %
- 4 = > 50 %

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	78/80	97,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/80	2,5 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	50,0 %	2
Standorte ohne Abweichungen	50,0 %	2

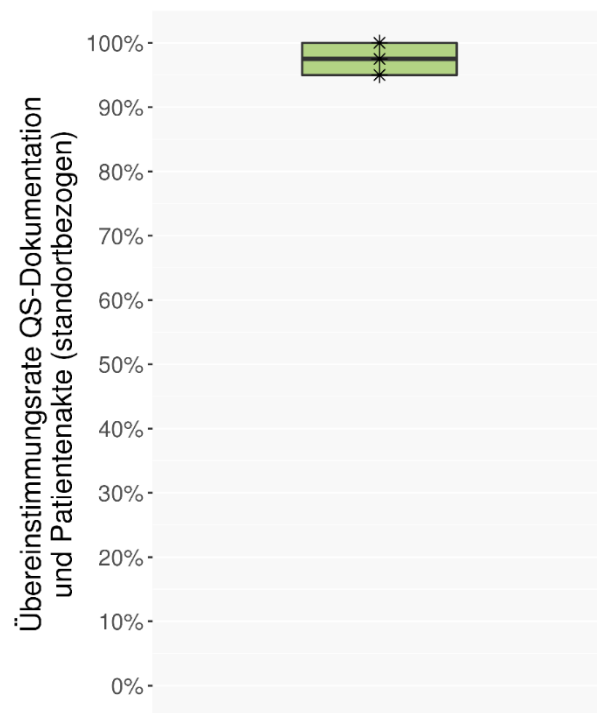


Abbildung 59: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.13 Datenfeld 28: akute Infektion(en)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte						
Angaben in der QS-Dokumentation		0	2	3	5	10	aus PA nicht er-sicht-lich*	Gesamt
	0	74 92,5 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	75 93,8 %
	2	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	3	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	10	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	1 0 %
	<b>Gesamt</b>	74 92,5 %	1 1,3 %	1 1,3 %	3 3,8 %	1 1,3 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

- 0 = keine
- 2 = Bakteriämie
- 3 = broncho-pulmonale Infektion
- 5 = floride Endokarditis
- 10 = Harnwegsinfektion

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/80	98,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/80	1,3 %



	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	25,0 %	1
Standorte ohne Abweichungen	75,0 %	3

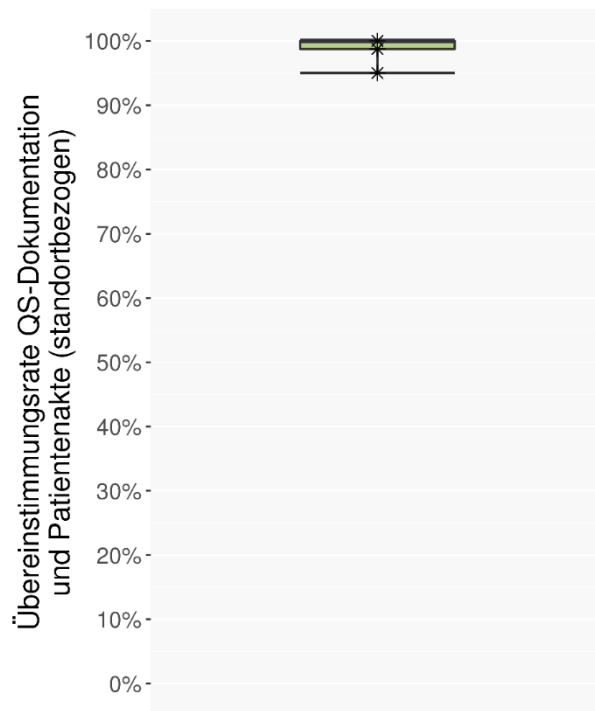


Abbildung 60: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.14 Datenfeld 29: Diabetes mellitus

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	49 61,3 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	51 63,8 %
	1	0 0 %	6 7,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	6 7,5 %
	2	1 1,3 %	0 0 %	13 16,3 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	15 18,8 %
	3	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	7 8,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	8 10 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	50 62,5 %	6 7,5 %	16 20 %	7 8,8 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, diätetisch behandelt

2 = ja, orale Medikation

3 = ja, mit Insulin behandelt

4 = ja, unbehandelt

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	75/80	93,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/80	6,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	50,0 %	2
Standorte ohne Abweichungen	50,0 %	2

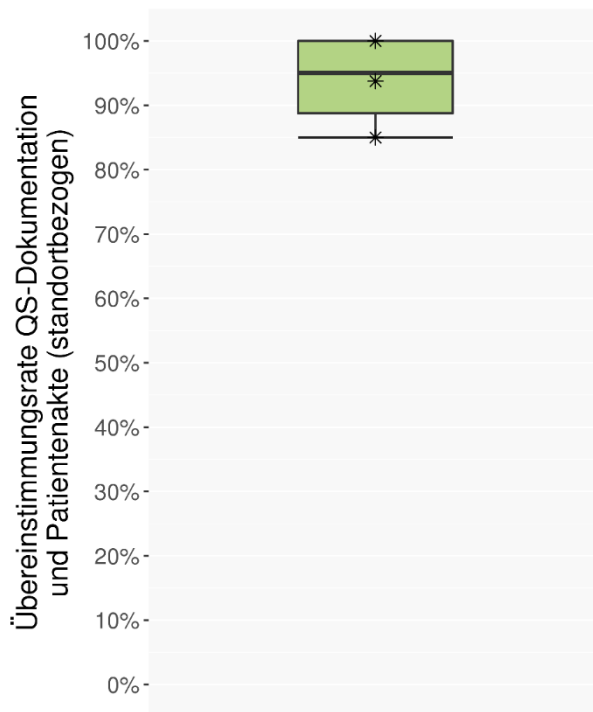


Abbildung 61: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

## 3.2.15 Datenfeld 30: arterielle Gefäßerkrankung

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte					Gesamt
	0	1	9	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	0	59 73,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	59 73,8 %
	1	8 10 %	13 16,3 %	0 0 %	0 0 %	21 26,3 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	67 83,8 %	13 16,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	72/80	90,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/80	10,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	75,0 %	3
Standorte ohne Abweichungen	25,0 %	1

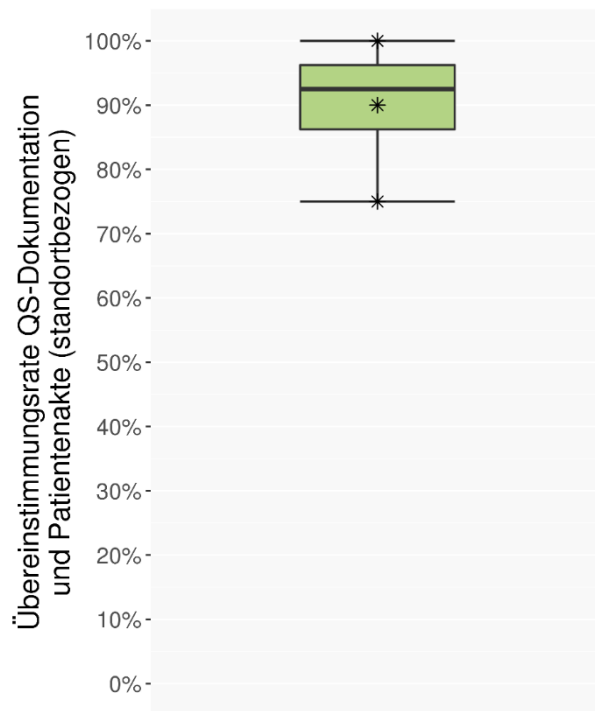


Abbildung 62: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.16 Datenfeld 35: Lungenerkrankung(en)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte						
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	8	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	67 83,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	67 83,8 %
	1	0 0 %	3 3,8 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	5 6,3 %
	2	0 0 %	1 1,3 %	6 7,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	7 8,8 %
	8	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	67 83,8 %	4 5 %	8 10 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, COPD mit Dauermedikation

2 = ja, COPD ohne Dauermedikation

8 = ja, andere Lungenerkrankungen

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	77/80	96,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/80	3,8 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	75,0 %	3
Standorte ohne Abweichungen	25,0 %	1

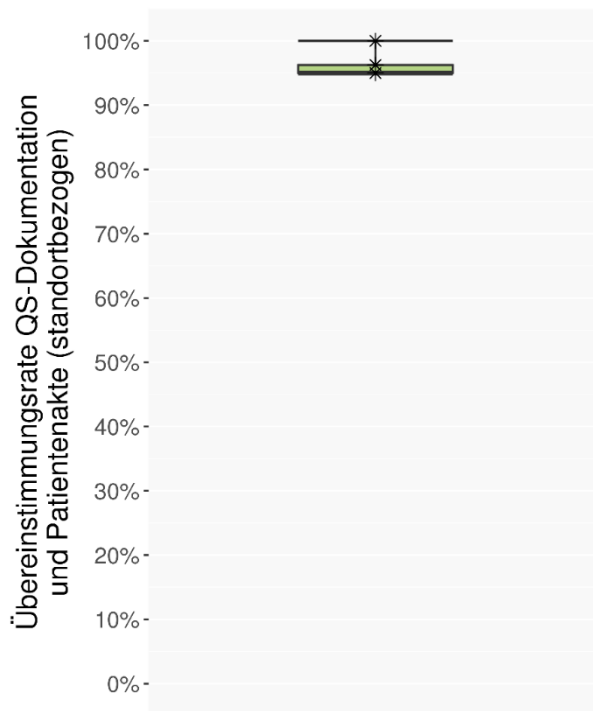


Abbildung 63: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.17 Datenfeld 36: neurologische Erkrankung(en)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	68 85 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	68 85 %
	1	1 1,3 %	6 7,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	7 8,8 %
	2	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	69 86,3 %	6 7,5 %	2 2,5 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)

2 = ja, ZNS, andere

3 = ja, peripher

4 = ja, Kombination

9 = unbekannt



	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/80	98,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/80	1,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	25,0 %	1
Standorte ohne Abweichungen	75,0 %	3

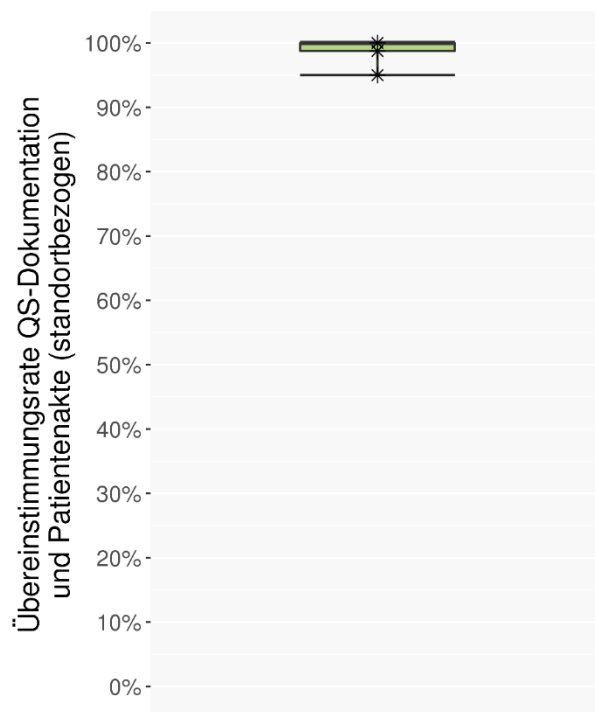


Abbildung 64: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.18 Datenfeld 37: Schweregrad der Behinderung

**Grundgesamtheit:** Patienten, bei denen eine Erkrankung des ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) als neurologische Erkrankung in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentierte wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	6	100,0 %

	Anzahl	%
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	6	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	4 66,6 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0,0 %	4 66,6 %
	1	0 0 %	1 16,7 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 16,7 %
	2	0 0 %	0 0 %	1 16,7 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 16,7 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	Nicht in QS-Dokumentation	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	<b>Gesamt</b>	4 66,6 %	1 16,7 %	1 16,7 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0,0 %	6 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar

1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit

2 = Rankin 2: leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie

3 = Rankin 3: mittelschwerer Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie

4 = Rankin 4: schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie

5 = Rankin 5: invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/6	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/6	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.19 Datenfeld 38: präoperative Nierenersatztherapie

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte					
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	78 97,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	78 97,5 %
	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	2	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	2 2,5 %
	<b>Gesamt</b>	78 97,5 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = akut

2 = chronisch

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.20 Datenfeld 44: Koronarchirurgie**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	
Angaben in der QS-Dokumentation	0	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	1	0 0 %	80 100 %	0 0 %	80 100 %
	Gesamt	0 0 %	80 100 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.21 Datenfeld 45: Aortenklappenchirurgie**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte						Gesamt
	0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	0	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	1	0 0 %	80 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	Gesamt	0 0 %	80 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

- 0 = nein
- 1 = ja, konventionell chirurgisch
- 2 = ja, kathetergestützt endovaskulär
- 3 = ja, kathetergestützt transapikal

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.22 Datenfeld 46: sonstige OP**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	80 100 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %
	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	Gesamt	80 100 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.23 Datenfeld 48: Dringlichkeit****Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %



		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	42 52,5 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	43 53,8 %
	2	6 7,5 %	25 31,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	31 38,8 %
	3	1 1,3 %	0 0 %	5 6,3 %	0 0 %	0 0 %	6 7,5 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	49 61,3 %	26 32,5 %	5 6,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

- 1 = elektiv
- 2 = dringlich
- 3 = Notfall
- 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	72/80	90,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/80	10,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	50,0 %	2
Standorte ohne Abweichungen	50,0 %	2

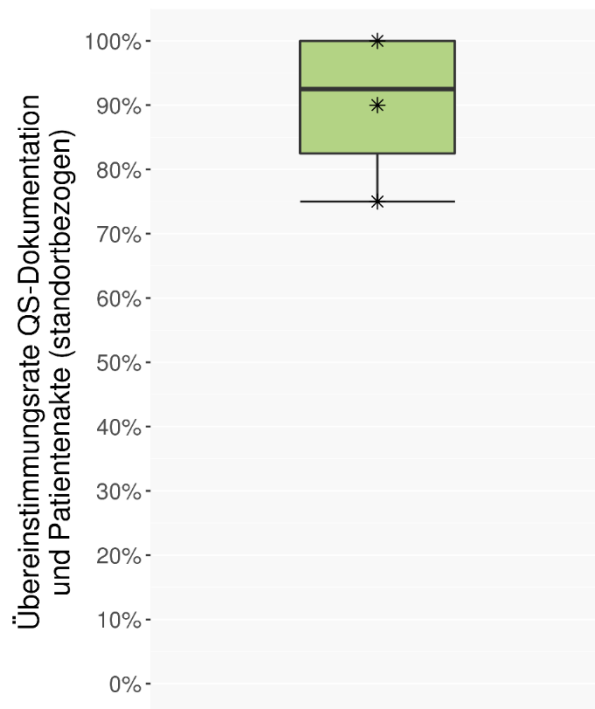


Abbildung 65: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.24 Datenfeld 51: Inotrope (präoperativ)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte				
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	79 98,8 %	0 0 %	0 0 %	79 98,8 %
	1	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	1 1,3 %
	Gesamt	79 98,8 %	1 1,3 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %
Sensitivität	79/79	100,0 %
Spezifität	1/1	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	79/79	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	1/1	100,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.25 Datenfeld 52: (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte					
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	79 98,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	79 98,8 %
	1	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	79 98,8 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, IABP

2 = ja, andere

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.26 Datenfeld 56: OP-Zeit

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	80	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	80	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	76	95,0 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	25,0 %	1
Standorte ohne Abweichungen	75,0 %	3

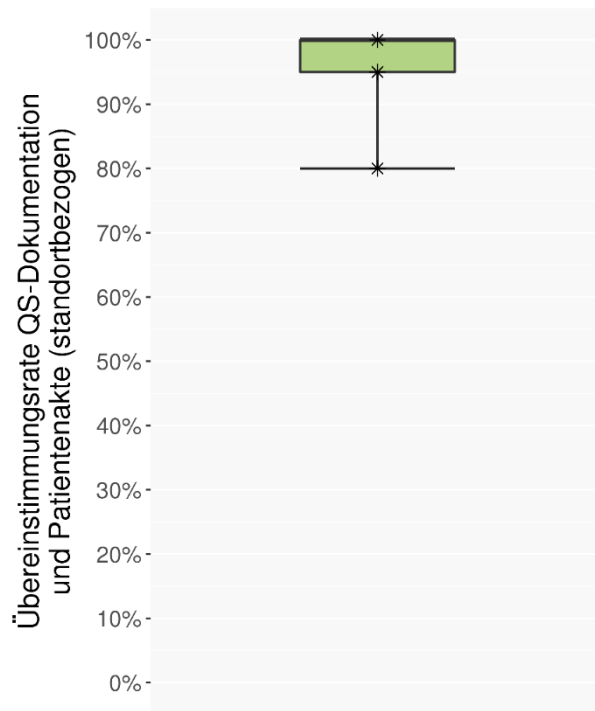


Abbildung 66: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.27 Datenfeld 103: Mediastinitis

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	98,8 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	78	0	1	79
		97,5 %	0 %	1,3 %	98,8 %
	1	0	1	0	1
		0 %	1,3 %	0 %	1,3 %
Gesamt	78	1	1	80	
	97,5 %	1,3 %	1,3 %	100 %	

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

#### Anmerkungen:

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0,0 %
Sensitivität	78/78	100,0 %
Spezifität	1/1	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	78/78	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	1/1	100,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.28 Datenfeld 105: Myokardinfarkt

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	98,8 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
	0	1	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	0	76 95 %	1 1,3 %	1 1,3 %	78 97,5 %
	1	1 1,3 %	1 1,3 %	0 0 %	2 2,5 %
	Gesamt	77 96,3 %	2 2,5 %	1 1,3 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	77/79	97,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/79	2,5 %
Sensitivität	76/77	98,7 %



	Anzahl	%
Spezifität	1/2	50,0 %
Positiv prädiktiver Wert	76/77	98,7 %
Negativ prädiktiver Wert	1/2	50,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	25,0 %	1
Standorte ohne Abweichungen	75,0 %	3

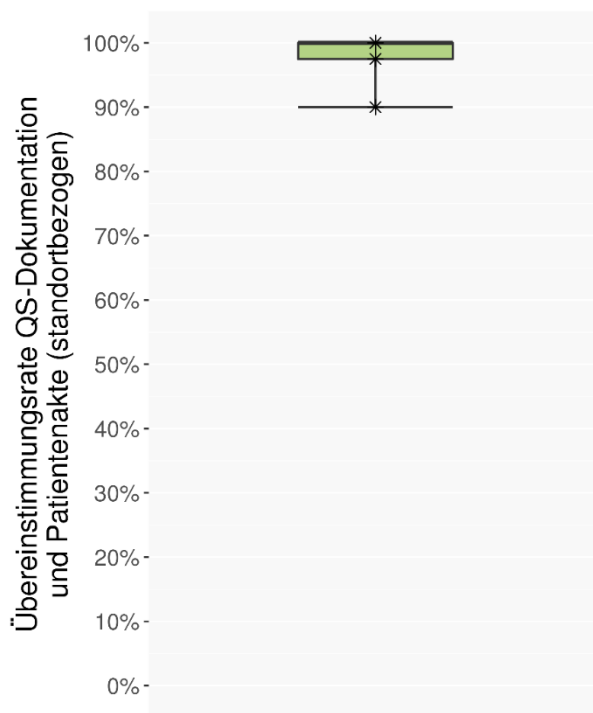


Abbildung 67: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

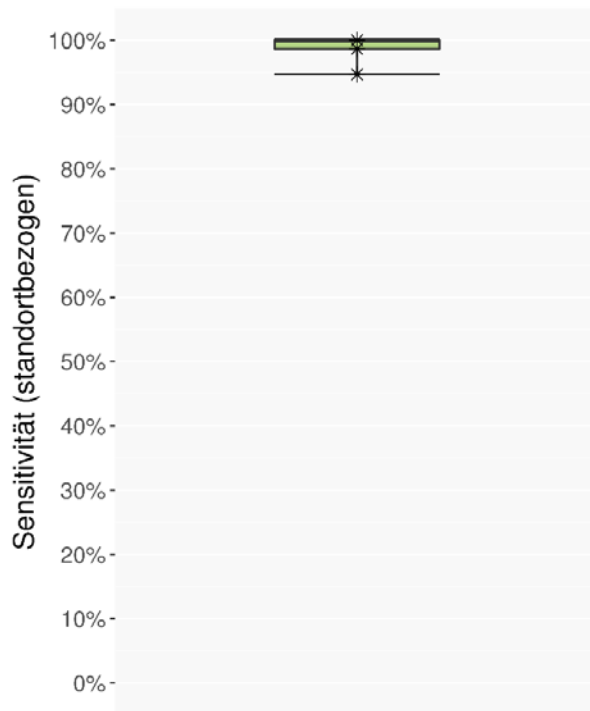


Abbildung 68: Sensitivität (standortbezogen)

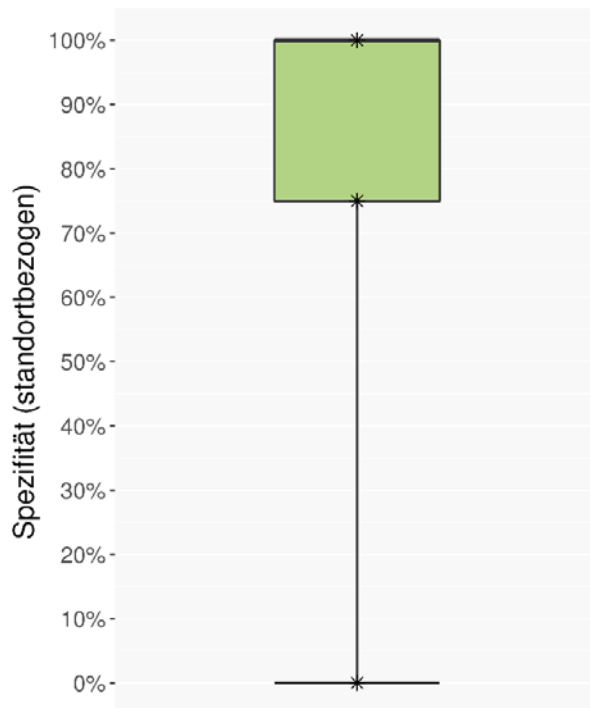


Abbildung 69: Spezifität (standortbezogen)

**3.2.29 Datenfeld 108: Zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung****Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	98,8 %

	Angaben in der Patientenakte					
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
<b>Angaben in der QS-Dokumentation</b>	<b>0</b>	75 93,8 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	76 95 %
	<b>1</b>	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	<b>2</b>	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	2 2,5 %
	<b>Gesamt</b>	75 93,8 %	2 2,5 %	2 2,5 %	1 1,3 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = nein

1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)

2 = ja, ZNS, andere

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.30 Datenfeld 109: Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses**

**Grundgesamtheit:** Patienten, bei denen als zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung „ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)“ oder „ZNS, andere“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentierte wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	4	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	4	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte					
		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	1	2 50 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 50 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	3	0 0 %	0 0 %	2 50 %	0 0 %	2 50 %
	Nicht in QS-Dokumentation	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	Gesamt	2 50 %	0 0 %	2 50 %	0 0 %	4 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

1 = bis einschl. 24 Stunden

2 = mehr als 24 Stunden bis einschl. 72 Stunden

3 = über 72 Stunden

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/4	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/4	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.31 Datenfeld 110: Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung**

**Grundgesamtheit:** Patienten, bei denen als Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses „mehr als 24 Stunden“ oder „über 72 Stunden“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	2	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	2	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte								
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	5	6	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
	1	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
	2	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
	3	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
	4	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
	5	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 50%	0 0%	0 0%	1 50%
	6	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 50%	0 0%	1 50%
	Nicht in QS-Dokumentation	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
	Gesamt	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 50%	1 50%	0 0%	2 100%

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar

1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit

2 = Rankin 2: leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie  
 3 = Rankin 3: mittelschwerer Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie

4 = Rankin 4: schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie

5 = Rankin 5: invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig

6 = Rankin 6: Apoplex mit tödlichem Ausgang

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/2	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/2	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.32 Datenfeld 122: Entlassungsgrund

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	
Angaben in der QS-Dokumentation	0	73 91,3 %	0 0 %	0 0 %	73 91,3 %
	1	0 0 %	7 8,8 %	0 0 %	7 8,8 %
	Gesamt	73 91,3 %	7 8,8 %	0 0 %	80 100 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

**Anmerkungen:**

0 = lebend

1 = tot

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %
Sensitivität	73/73	100,0 %
Spezifität	7/7	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	73/73	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	7/7	100,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4



In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

## 4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (ohne HCH-KOMB, DEK, 18n1-MAMMA)

### 4.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

QS-Verfahren/Auswertungsmodul	AK-ID	Bezeichnung
Herzschrittmacher-Implantation	813070	Häufig führendes Symptom „sonstiges“
Herzschrittmacher-Implantation	813071	Häufig führende Indikation „sonstiges“
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	850314	Häufig ICD-System 'sonstiges'
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	850315	Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	850316	Häufige Angabe von ASA 4
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	850317	Häufige Angabe von ASA 5
Karotis-Revaskularisation	850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
Karotis-Revaskularisation	850334	Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	811823	Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 60 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	850312	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Geburtshilfe	850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
Geburtshilfe	850319	Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess

QS-Verfahren/Auswertungsmodul	AK-ID	Bezeichnung
Geburtshilfe	850320	Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht
Hüftgelenknahe Femurfraktur (mit osteosynthetischer Versorgung)	850350	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Mammachirurgie	813068	Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie
Koronarchirurgie, isoliert	813165	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
Koronarchirurgie, isoliert	815002	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Koronarchirurgie, isoliert	850324	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	811809	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	815005	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	850322	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850282	Risikoadjustierung nach dem AKL Score vermehrt nicht möglich
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850288	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850353	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850323	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	850325	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Nierentransplantation	850343	Seltene Angabe einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

## 4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	1.123	43	3,9	0	0,0	17	39,5	26	60,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,7
09n1-HSM-IMPL	813071	1.123	46	4,2	0	0,0	18	39,1	28	60,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
09n3-HSM-REV	850339	881	18	1,6	0	0,0	8	44,4	10	55,6	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850337	859	12	1,1	0	0,0	4	33,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850338	878	11	1	0	0,0	3	27,3	8	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850313	751	27	2,5	0	0,0	6	22,2	21	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
09n4-DEFI-IMPL	850315	751	17	1,5	0	0,0	6	35,3	11	64,7	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n4-DEFI-IMPL	850316	751	51	4,6	0	0,0	26	51,0	25	49,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0
09n4-DEFI-IMPL	850314	750	7	0,6	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850317	751	16	1,5	0	0,0	4	25,0	12	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KARO	850334	584	21	1,9	0	0,0	8	38,1	13	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8
10n2-KA-ROT	850332	646	20	1,8	0	0,0	6	30,0	14	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
15n1-GYN-OP	850312	782	6	0,5	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	811823	816	13	1,2	0	0,0	5	38,5	8	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850318	703	53	4,8	0	0,0	25	47,2	28	52,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850319	747	42	3,8	0	0,0	19	45,2	23	54,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16n1-GEBH	850320	443	19	1,7	0	0,0	13	68,4	6	31,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850350	816	20	1,8	0	0,0	12	60,0	8	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NTX	850343	40	15	1,4	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	811809	58	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	815005	70	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	850322	88	5	0,5	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850282	104	18	1,6	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850288	87	4	0,4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-AORT-KATH	850353	28	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850323	104	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	813165	45	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	815002	82	5	0,5	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	-	<b>500</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>195</b>	<b>39,0</b>	<b>305</b>	<b>61,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>7</b>	<b>1,4</b>

### 4.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	59	11,8	0	0,0	36	61,0	23	39,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	42	8,4	0	0,0	17	40,5	25	59,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	38	7,6	0	0,0	2	5,3	36	94,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	12	2,4	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	3,0	0	0,0	1	6,7	14	93,3	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0
Hessen	36	7,2	0	0,0	3	8,3	33	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	8	1,6	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	46	9,2	0	0,0	0	0,0	46	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,5
Nordrhein-Westfalen	103	20,6	0	0,0	89	86,4	14	13,6	0	0,0	2	1,9	0	0,0	4	3,9
Rheinland-Pfalz	26	5,2	0	0,0	22	84,6	4	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	16	3,2	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	14	2,8	0	0,0	5	35,7	9	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	9	1,8	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	13	2,6	0	0,0	5	38,5	8	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	58	11,6	0	0,0	15	25,9	43	74,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>195</b>	<b>39,0</b>	<b>305</b>	<b>61,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>7</b>	<b>1,4</b>



#### 4.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

Modul	AK-ID	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	26	5	19,2	0	0,0	11	42,3	2	7,7	5	19,2	0	0,0	1	3,8
09n1-HSM-IMPL	813071	28	3	10,7	0	0,0	17	60,7	0	0,0	8	28,6	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850339	10	2	20,0	0	0,0	8	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850337	8	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	5	62,5	0	0,0	1	12,5
09n3-HSM-REV	850338	8	0	0,0	0	0,0	5	62,5	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850314	7	0	0,0	1	14,3	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3
09n4-DEFI-IMPL	850313	21	3	14,3	0	0,0	12	57,1	2	9,5	2	9,5	0	0,0	1	4,8
09n4-DEFI-IMPL	850315	11	0	0,0	0	0,0	6	54,5	1	9,1	2	18,2	0	0,0	1	9,1
09n4-DEFI-IMPL	850316	25	14	56,0	0	0,0	7	28,0	3	12,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850317	12	4	33,3	0	0,0	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850334	13	5	38,5	2	15,4	5	38,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7
10n2-KAROT	850332	14	2	14,3	1	7,1	9	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1
15n1-GYN-OP	811823	8	3	37,5	0	0,0	4	50,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850312	6	1	16,7	0	0,0	3	50,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850318	28	8	28,6	1	3,6	16	57,1	0	0,0	3	10,7	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850319	23	6	26,1	0	0,0	10	43,5	2	8,7	1	4,3	0	0,0	1	4,3
16n1-GEBH	850320	6	4	66,7	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFTFRAK	850350	8	6	75,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	811809	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	815005	3	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-AORT-CHIR	850322	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NTX	850343	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850282	18	2	11,1	0	0,0	16	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850288	4	1	25,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850353	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850323	3	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	813165	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	815002	5	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	<b>305</b>	<b>83</b>	<b>27,2</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>156</b>	<b>51,1</b>	<b>12</b>	<b>3,9</b>	<b>31</b>	<b>10,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>8</b>	<b>2,6</b>

## 4.5 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	23	5	21,7	0	0,0	16	69,6	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	25	4	16,0	0	0,0	21	84,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	36	8	22,2	0	0,0	3	8,3	0	0,0	25	69,4	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	12	4	33,3	0	0,0	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	14	7	50,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	5	35,7	0	0,0	0	0,0
Hessen	33	7	21,2	0	0,0	24	72,7	2	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	8	1	12,5	3	37,5	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	46	15	32,6	0	0,0	31	67,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	14	1	7,1	1	7,1	4	28,6	2	14,3	0	0,0	0	0,0	6	42,9
Rheinland-Pfalz	4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	16	2	12,5	1	6,3	5	31,3	4	25,0	1	6,3	0	0,0	1	6,3
Sachsen-Anhalt	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	11,1
Schleswig-Holstein	9	3	33,3	0	0,0	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	8	4	50,0	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	43	17	39,5	0	0,0	26	60,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>305</b>	<b>83</b>	<b>27,2</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>156</b>	<b>51,1</b>	<b>12</b>	<b>3,9</b>	<b>31</b>	<b>10,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>8</b>	<b>2,6</b>

## 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

### 5.1 Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

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

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
							Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850097	1.123	19	4,9	2	10,5	6	31,6	11	57,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850164	984	11	2,8	1	9,1	5	45,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850166	945	31	7,9	0	0,0	15	48,4	16	51,6	0	0,0	1	3,2	0	0,0	2	6,5
09n4-DEFI-IMPL	850193	751	16	4,1	0	0,0	8	50,0	8	50,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	1	6,3
09n5-DEFI-AGGW	850196	669	9	2,3	0	0,0	7	77,8	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
							Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n6-DEFI-REV	850197	612	9	2,3	0	0,0	6	66,7	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850085	646	17	4,4	0	0,0	8	47,1	9	52,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850099	1.134	19	4,9	0	0,0	6	31,6	13	68,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850081	752	6	1,5	1	16,7	2	33,3	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850351	1.212	30	7,7	1	3,3	16	53,3	13	43,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850093	917	20	5,1	0	0,0	5	25,0	15	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21n3-PCI-KORO	850087	1.048	40	10,3	1	2,5	19	47,5	20	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,0
DEK	850095	2.003	70	17,9	1	1,4	27	38,6	42	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850272	1.290	21	5,4	0	0,0	9	42,9	12	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
							Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KEP	850348	1.164	15	3,8	0	0,0	3	20,0	12	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850199	538	12	3,1	0	0,0	6	50,0	6	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850101	1.465	27	6,9	1	3,7	9	33,3	17	63,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850253	112	3	0,8	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850251	50	9	2,3	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	14	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	24	4	1	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850245	16	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	39	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850255	44	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	-	<b>390</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>2,1</b>	<b>157</b>	<b>40,3</b>	<b>225</b>	<b>57,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>1,3</b>

## 5.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	98	25,1	0	0,0	24	24,5	74	75,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	29	7,4	0	0,0	11	37,9	18	62,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	7	1,8	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	8	2,1	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	2	25,0
Bremen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	33	8,5	0	0,0	10	30,3	23	69,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	20	5,1	0	0,0	3	15,0	17	85,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	104	26,7	5	4,8	89	85,6	10	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,9
Rheinland-Pfalz	24	6,2	0	0,0	10	41,7	14	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	4,9	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	13	3,3	2	15,4	5	38,5	6	46,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	8	2,1	1	12,5	3	37,5	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	7	1,8	0	0,0	2	28,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	18	4,6	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>390</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>2,1</b>	<b>157</b>	<b>40,3</b>	<b>225</b>	<b>57,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>1,3</b>

## 5.1.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Modul	angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	11	0	0,0	0	0,0	10	90,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
09n2-HSM- AGGW	5	0	0,0	1	20,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0
09n3-HSM-REV	16	1	6,3	0	0,0	7	43,8	1	6,3	4	25,0	1	6,3	2	12,5
09n4-DEFI-IMPL	8	0	0,0	0	0,0	5	62,5	1	12,5	1	12,5	0	0,0	1	12,5
09n5-DEFI- AGGW	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	9	0	0,0	0	0,0	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3
15n1-GYN-OP	13	0	0,0	1	7,7	9	69,2	0	0,0	1	7,7	0	0,0	2	15,4
16n1-GEBH	3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3
17n1-HÜFTFRAK	13	0	0,0	0	0,0	9	69,2	0	0,0	1	7,7	1	7,7	2	15,4
18n1-MAMMA	15	2	13,3	1	6,7	9	60,0	1	6,7	1	6,6	0	0,0	1	6,6
21n3-PCI-KORO	20	0	0,0	0	0,0	14	73,7	1	5,3	1	5,3	0	0,0	3	15,8
DEK	42	1	2,4	0	0,0	32	76,2	2	4,8	2	4,8	1	2,4	4	9,5
HEP	12	0	0,0	0	0,0	9	81,8	0	0,0	1	9,1	0	0,0	1	9,1
KEP	12	0	0,0	0	0,0	9	75,0	1	8,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0
NEO	6	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	17	0	0,0	0	0,0	11	73,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	26,7
HCH-D	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	9	0	0,0	0	0,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0



Modul	angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LLS	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	4	1	25,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	<b>5</b>	<b>2,2</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>156</b>	<b>69,3</b>	<b>8</b>	<b>3,6</b>	<b>19</b>	<b>8,4</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>26</b>	<b>11,6</b>

## 5.1.4 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	74	0	0,0	0	0,0	68	91,9	6	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	18	0	0,0	0	0,0	17	94,4	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	7	2	28,6	0	0,0	1	14,3	0	0,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	8	0	0,0	0	0,0	6	75,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	23	0	0,0	0	0,0	20	87,0	0	0,0	0	0,0	3	13,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	17	0	0,0	0	0,0	8	47,1	0	0,0	8	47,1	0	0,0	1	5,9
Niedersachsen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	10	0	0,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	4	40,0	0	0,0	4	40,0
Rheinland-Pfalz	14	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	85,7
Saarland	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	0	0,0	3	15,8	9	47,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	36,8
Sachsen-Anhalt	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
Schleswig-Holstein	4	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Thüringen	5	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	18	2	11,1	0	0,0	15	83,3	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	<b>5</b>	<b>2,2</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>156</b>	<b>69,3</b>	<b>8</b>	<b>3,6</b>	<b>19</b>	<b>8,4</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>26</b>	<b>11,6</b>

## 5.2 Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850098	1.123	10	8,1	0	0,0	7	70,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850165	984	13	10,5	1	7,7	5	38,5	7	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850167	945	2	1,6	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850194	751	4	3,2	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850195	669	5	4	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850198	612	4	3,2	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850086	646	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15n1-GYN-OP	850100	1.134	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850082	752	1	0,8	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850352	1.212	16	12,9	0	0,0	5	31,3	11	68,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMM A	850094	917	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21n3-PCI-KORO	850088	1.048	12	9,7	0	0,0	7	58,3	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850096	2.003	21	16,9	0	0,0	6	28,6	15	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850273	1.290	6	4,8	0	0,0	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850349	1.164	4	3,2	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	538	9	7,3	0	0,0	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1
PNEU	850102	1.465	13	10,5	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850254	112	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850252	50	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850242	14	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850244	24	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LUTX	850246	16	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850248	39	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850256	44	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	-	<b>124</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>48</b>	<b>38,7</b>	<b>75</b>	<b>60,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>

## 5.2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	24	19,4	0	0,0	0	0,0	24	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	14	11,3	0	0,0	1	4,2	13	54,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	16	12,9	0	0,0	4	16,7	12	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	4	3,2	0	0,0	0	0,0	4	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	43	34,7	0	0,0	41	170,8	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
Rheinland-Pfalz	4	3,2	0	0,0	0	0,0	4	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	7	5,6	0	0,0	0	0,0	7	29,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	3	2,4	1	4,2	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	4	3,2	0	0,0	0	0,0	4	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>48</b>	<b>38,7</b>	<b>75</b>	<b>60,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>

## 5.2.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Modul	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	7	0	0,0	1	14,3	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6
09n3-HSM-REV	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFTFRAK	11	0	0,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21n3-PCI-KORO	5	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	15	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	8	0	0,0	1	12,5	5	62,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	12,5
PNEU	9	0	0,0	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LLS	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>4,0</b>	<b>68</b>	<b>90,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>4,0</b>



## 5.2.4 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	24	0	0,0	0	0,0	24	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	13	0	0,0	1	7,7	12	92,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	12	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	4	0	0,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Niedersachsen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Rheinland-Pfalz	4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	7	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	4	0	0,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Thüringen	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>4,0</b>	<b>68</b>	<b>90,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>4,0</b>

### 5.3 Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

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

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850217	1.123	4	5,3	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850218	945	4	5,3	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850219	751	10	13,3	0	0,0	7	70,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850220	669	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850221	612	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850222	646	5	6,7	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KA-ROT	850223	1.134	4	5,3	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850225	752	5	6,7	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850226	945	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme							
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
18n1-MAMMA	850227	917	10	13,3	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
21n3-PCI-KORO	850228	1.048	7	9,3	0	0,0	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	2.003	1	1,3	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850229	1.465	24	32	0	0,0	10	41,7	14	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850281	112	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	-	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>35</b>	<b>46,7</b>	<b>40</b>	<b>53,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>

## 5.3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	9	12,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	10	13,3	0	0,0	5	50,0	5	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	4	5,3	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	2	2,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	12	16,0	0	0,0	6	50,0	6	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	24	32,0	0	0,0	14	58,3	10	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
Rheinland-Pfalz	1	1,3	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	3	4,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	9	12,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>35</b>	<b>46,7</b>	<b>40</b>	<b>53,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>

## 5.3.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Modul	angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM- AGGW	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI- AGGW	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
10n2-KAROT	4	3	75,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	4	1	25,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
16n1-GEBH	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	6	2	33,3	0	0,0	2	33,3	1	16,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0
21n3-PCI-KORO	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	14	7	50,0	0	0,0	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	14,3
HCH-D	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>40,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>15</b>	<b>37,5</b>	<b>1</b>	<b>2,5</b>	<b>2</b>	<b>5,0</b>	<b>2</b>	<b>5,0</b>	<b>3</b>	<b>7,5</b>

## 5.3.4 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	9	3	0	0	0,0	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	5	3	60,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	4	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	6	1	16,7	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	10	6	60,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0
Rheinland-Pfalz	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	3	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>40,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>15</b>	<b>37,5</b>	<b>1</b>	<b>2,5</b>	<b>2</b>	<b>5,0</b>	<b>2</b>	<b>5,0</b>	<b>3</b>	<b>7,5</b>

## 5.4 Dokumentationsraten im Follow-up und unbekannter Überlebensstatus

### 5.4.1 Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation

	AK-ID 850257	AK-ID 850268
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	21	15
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	1	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	1	0
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte/vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0

Anmerkungen:

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

AK-ID 850268: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

HTXM-TX: Bei AK-ID 850258, 850259 (Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up, Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

LUTX: Bei AK-ID 850266, 850267, 850302, 850303 und 850304 (Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up, Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up, häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up, häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up, häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

#### 5.4.2 Lebertransplantation

	AK-ID 850263	AK-ID 850264	AK-ID 850265	AK-ID 850299	AK-ID 850301
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≤ 5,00 %	≤ 5,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	23	24	24	23	23
<b>Ergebnisse</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	3	4	1	1
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	2	1	4	0	0
<b>Maßnahmen</b>					
Hinweise	2*	2*	2*	0	0
Stellungnahmen	1	1	2	1	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>					
Besprechungen	0	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0	0
<b>Bewertungen</b>					
Korrekte/vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0	1	1	1
Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	1	1	0	0
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>					
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	1	0	0

\*Die rechnerische Auffälligkeit wurde im Strukturierten Dialog zu QI-ID 51596, 51599, 51602 berücksichtigt.

Anmerkungen:

AK-ID 850263: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850264: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850265: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

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

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



Bei den AK-ID 850300 (häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

### 5.4.3 Leberlebenspende

	AK-ID 850261	AK-ID 850262
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	10	12
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	1*
Stellungnahmen	1	0
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
<b>Bewertungen</b>		
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0

\* Die rechnerische Auffälligkeit wurde im Strukturierten Dialog zu QI-ID 51605 berücksichtigt.

Anmerkungen:

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

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

Bei AK-ID 850260 (Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

#### 5.4.4 Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

	AK-ID 850278	AK-ID 850279	AK-ID 850280	AK-ID 850309
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≤ 5,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	40	39	40	39
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	6	7	8	1
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	1	1	1	0
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	3*	4**	2***	0
Stellungnahmen	3	3	6	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0
<b>Bewertungen</b>				
vollständige Dokumentation [U30, U99]	3	2	4	0
unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	1	2	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>				
Davon bereits im Vorjahr unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	1	0	0

\* diese rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Strukturierten Dialog zu QI-ID 51560 berücksichtigt.

\*\* diese rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Strukturierten Dialog zu QI-ID 51561 berücksichtigt.

\*\*\* diese rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Strukturierten Dialog zu QI-ID 51562 berücksichtigt.

Anmerkungen:

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

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

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

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

Bei AK-ID 850308 und 850310 (Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up und häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

#### 5.4.5 Nierenlebenspende

#### AK-ID 850269, AK-ID 850270 und AK-ID 850271: Dokumentationsrate zum 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up

Alle Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit (8 rechnerisch auffällige Standort und 14 rechnerische Auffälligkeiten) in den Dokumentationsraten im Follow-up wurden auf ihr Ergebnis lediglich hingewiesen, da der Strukturierte Dialog bereits zu den dazugehörigen Worst-Case-Indikatoren (QI-ID 51568, QI-ID 51569, QI-ID 51570) geführt wurde.

### 5.5 Dokumentationsraten in den Zählleistungsbereichen

#### 5.5.1 Hüftendoprothesenversorgung

	AK-ID 850274	AK-ID 850276	AK-ID 850275	AK-ID 850277
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≤ 110,00 %	≤ 110,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	1.290	1.290	1.290	1.290
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	37	385	22	50
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	31	316	22	46
Stellungnahmen	6	68	0	4
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	0	1	-	0
Begehungen	0	0	-	0
Zielvereinbarungen	0	1	-	0
<b>Bewertungen</b>				
vollständige Dokumentation [U30, U99]	0	5	-	0
unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	4	31	-	2
Sonstiges [S99, S90, S91]	2	34	-	2

Anmerkungen:

AK-ID 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

AK-ID 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

### 5.5.2 Knieendoprothesenversorgung

	AK-ID 850344	AK-ID 850346	AK-ID 850345	AK-ID 850347
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≤ 110,00 %	≤ 110,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	1.164	1.164	1.164	1.164
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	41	187	6	43
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	27	157	5	31
Stellungnahmen	14	30	1	12
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0
<b>Bewertungen</b>				
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	3	5	0	1
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	7	19	1	7
Sonstiges [S99, S90, S91]	4	6	0	4

Anmerkungen:

AK-ID 850344: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850346: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

AK-ID 850345: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850347: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

### 5.5.3 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

	AK-ID 850239	AK-ID 850240	AK-ID 850249
Referenzbereiche	≥ 100,00 %	≤ 110,00 %	≥ 100,00
Anzahl der betrachteten Standorte	22	22	50
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	2	8
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	0	—*
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	3	2	8
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0
<b>Bewertungen</b>			
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	1	2	2
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	2	0	6
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon bereits im Vorjahr unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	—*

\* Da in diesem Jahr erstmalig Daten für dieses QS-Verfahren erhoben wurden, ist eine wiederholte Auffälligkeit nicht möglich.

Anmerkungen:

AK-ID: 850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (HTXM-TX)

AK-ID: 850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (HTXM-TX)

AK-ID: 850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (HTXM-MKU)

Bei AK-ID 850250 (Überdokumentation HTXM-MKU) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

#### 5.5.4 Isolierte Aortenklappenchirurgie (kathetergestützt)

	AK-ID 850289	AK-ID 850291
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	106	77
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	6	8
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	1
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	6	8
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
<b>Bewertungen</b>		
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	4
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	6	4
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	1

Anmerkungen:

AK-ID 850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)

AK-ID 850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)

Bei AK-ID 850290 und AK-ID 850292 (Überdokumentation endovaskulär/transapikal) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.