



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zur Datenvalidierung 2017 (nach QSKH-RL)

Erfassungsjahr 2016. Anhang

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 12. Juli 2018

Impressum

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2017 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2016. Anhang

Ansprechpartnerin:

Dr. J. Ostermann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

12. Juli 2018, geänderte Fassung vom 9. Oktober 2018

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Lesehilfen zu den Tabellen und Abbildungen	9
Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	9
Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	9
Übersicht der QS-Verfahren (EJ 2016)	14
1 Umfassende Datenvalidierung: Knieendoprothesenversorgung	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	18
1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	18
1.1.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium	20
1.1.5 Einstufungen pro Bundesland	20
1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	22
1.2.1 Datenfeld 11: Geschlecht	22
1.2.2 Datenfeld 12: Gehstrecke	24
1.2.3 Datenfeld 13: Gehhilfen	26
1.2.4 Datenfeld 15: Zu operierende Seite	27
1.2.5 Datenfeld 18: Einstufung nach ASA-Klassifikation	29
1.2.6 Datenfeld 19: Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC	31
1.2.7 Datenfeld 20: Art des Eingriffs	33
1.2.8 Datenfeld 27: Schmerzen (präoperativ)	35
1.2.9 Datenfeld 34: Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor?	37
1.2.10 Datenfeld 37: Schmerzen	39
1.2.11 Datenfeld 38: Positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	40
1.2.12 Datenfeld 39: Mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation	42
1.2.13 Datenfeld 41: Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?	43

1.2.14	Datenfeld 60: Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?	45
1.2.15	Datenfeld 61: Primäre Implantatfehlage	47
1.2.16	Datenfeld 62: Sekundäre Implantatdislokation	48
1.2.17	Datenfeld 63: Postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes.....	50
1.2.18	Datenfeld 64: Patellafehlstellung.....	52
1.2.19	Datenfeld 65: OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung.....	53
1.2.20	Datenfeld 66: OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion.....	55
1.2.21	Datenfeld 67: bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden	56
1.2.22	Datenfeld 68: Periprothetische Fraktur	58
1.2.23	Datenfeld 69: Postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition)	59
1.2.24	Datenfeld 70: Reoperationspflichtige Wunddehiszenz.....	61
1.2.25	Datenfeld 71: Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	62
1.2.26	Datenfeld 72: Postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes.....	64
1.2.27	Datenfeld 73: Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae.....	65
1.2.28	Datenfeld 74: Fraktur der Patella.....	67
1.2.29	Datenfeld 75: Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	68
1.2.30	Datenfeld 76: Ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	70
1.2.31	Datenfeld 78: Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (Intra- und postoperativ)	72
1.2.32	Datenfeld 79: Pneumonie	74
1.2.33	Datenfeld 80: Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen	75
1.2.34	Datenfeld 81: Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	77
1.2.35	Datenfeld 82: Lungenembolie	78
1.2.36	Datenfeld 83: Postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion.....	80
1.2.37	Datenfeld 84: Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	81
1.2.38	Datenfeld 85: Bewegungsmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt	83
1.2.39	Datenfeld 87: Extension/Flexion 2 bei Entlassung.....	85

1.2.40	Datenfeld 88: Extension/Flexion 3 bei Entlassung.....	87
1.2.41	Datenfeld 89: Gehstrecke bei Entlassung	89
1.2.42	Datenfeld 90: Gehhilfen bei Entlassung.....	91
1.2.43	Datenfeld 92: Entlassungsgrund	92
1.2.44	Datenfeld: Aufnahmequartal	94
1.2.45	Datenfeld: Geburtsjahr	95
1.2.46	Datenfeld: OP-Datum	96
2	Umfassende Datenvalidierung: Ambulant erworbene Pneumonie.....	97
2.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	97
2.1.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium	99
2.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	99
2.1.3	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium	101
2.1.4	Einstufungen pro Bundesland	101
2.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	103
2.2.1	Datenfeld 7: Geschlecht	103
2.2.2	Datenfeld 9: Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	105
2.2.3	Datenfeld 10: Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	107
2.2.4	Datenfeld 11: Chronische Bettlägerigkeit	109
2.2.5	Datenfeld 12: Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung	110
2.2.6	Datenfeld 13: Desorientierung.....	112
2.2.7	Datenfeld 15: Spontane Atemfrequenz nicht bestimmt.....	113
2.2.8	Datenfeld 22: Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie ..	115
2.2.9	Datenfeld 23: Initiale antimikrobielle Therapie	117
2.2.10	Datenfeld 24: Beginn der Mobilisation	118
2.2.11	Datenfeld 28: Maschinelle Beatmung.....	120
2.2.12	Datenfeld 29: Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?.....	121
2.2.13	Datenfeld 33: Entlassungsgrund	123
2.2.14	Datenfeld 34: Desorientierung.....	125
2.2.15	Datenfeld 35 : Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	126
2.2.16	Datenfeld 36: Spontane Atemfrequenz	128

2.2.17	Datenfeld 37: Herzfrequenz	130
2.2.18	Datenfeld 38: Temperatur.....	132
2.2.19	Datenfeld 39: Sauerstoffsättigung	134
2.2.20	Datenfeld 40: Blutdruck systolisch.....	136
2.2.21	Datenfeld Geburtsjahr.....	137
2.2.22	Datenfeld Aufnahmequartal	138
2.2.23	Datenfeld 14: Spontane Atemfrequenz	139
2.2.24	Datenfeld 30: Datum des Eintrags in der Patientenakte	140
2.2.25	Datenfeld Entlassungsquartal	141
3	Umfassende Datenvalidierung: Nierenlebendspende	143
3.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	143
3.1.1	Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	143
3.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium	144
3.1.3	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium	144
3.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	145
3.2.1	Datenfeld 8: Geschlecht.....	145
3.2.2	Datenfeld 17: Behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)	146
3.2.3	Datenfeld 18: Blutung	148
3.2.4	Datenfeld 19: Reoperation erforderlich.....	149
3.2.5	Datenfeld 20: Sonstige Komplikationen.....	150
3.2.6	Datenfeld 21: Spender bei Entlassung dialysepflichtig?	151
3.2.7	Datenfeld: 29 Entlassungsgrund	152
3.2.8	Datenfeld: Geburtsjahr	153
3.2.9	Datenfeld 9 – Körpergröße.....	154
3.2.10	Datenfeld 10: Körpergewicht bei Aufnahme	155
3.2.11	Datenfeld 12: Kreatininwert i.S. in mg/dl	156
3.2.12	Datenfeld 13: Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$	157
3.2.13	Datenfeld 14: OP-Datum.....	157
3.2.14	Datenfeld 22: Kreatininwert i.S. in mg/dl (postoperativ).....	158
3.2.15	Datenfeld 23: Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$ (postoperativ)	159
3.2.16	Datenfeld 24: Albumin i. U.	159

3.2.17	Datenfeld 25: Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.	160
4	Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	161
4.1	Beschreibung der Auffälligkeitskriterien.....	161
4.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium	165
4.3	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	169
4.4	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium	170
4.5	Einstufungen pro Bundesland	174
5	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	176
5.1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	176
5.1.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	176
5.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	178
5.1.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	180
5.1.4	Einstufungen pro Bundesland	181
5.2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	183
5.2.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	183
5.2.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	184
5.2.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	186
5.2.4	Einstufungen pro Bundesland	187
5.3	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz.....	189
5.3.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	189
5.3.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland	190
5.3.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	192
5.3.4	Einstufungen pro Bundesland	193
5.4	Dokumentationsraten im Follow-up und unbekannter Überlebensstatus.....	195
5.4.1	Herztransplantation	195
5.4.2	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	196
5.4.3	Lebertransplantation.....	197
5.4.4	Leberlebendspende.....	198
5.4.5	Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation.....	199
5.4.6	Nierenlebendspende	200
5.5	Dokumentationsraten in den Zählleistungsbereichen.....	201
5.5.1	Hüftendoprothesenversorgung.....	201

5.5.2	Knieendoprothesenversorgung.....	202
5.5.3	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme	203
5.5.4	Isolierte Aortenklappenchirurgie (kathetergestützt)	204

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 Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten 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 (Schlüsselkodes) 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 %
Gesamt		57 8,2 %	623 89,5 %	16 2,3 %	696 100 %

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 Patientenakte 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 in der QS-Dokumentation hätte dokumentiert werden müssen. 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 (Tabelle 2). Erstmals dieses Jahr wurden für die Berechnung der Übereinstimmungsrate zwei Modelle gerechnet. Zum einen wurden – wie in den Jahren zuvor – bei der Berechnung der Übereinstimmungsrate Fälle, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ angegeben wurde aus der Grundgesamtheit herausgerechnet („Standard“). Da dieses Vorgehen die Ergebnisse der Übereinstimmungsrate verzerren kann (Krankenhausstandorte, die ein Datenfeld konsequent nicht in der Patientenakte aufführen, würden nicht als Abweichung zählen), wurde beschlossen die Übereinstimmungsrate auch über alle Krankenhausstandorte zu berechnen („Neu“). Da die Grundgesamtheit im neuen Modell durch nicht-ersichtliche Fälle in Bezug auf das Standardmodell erhöht sein kann, kann in diesem Fall die Übereinstimmungsrate im Modell „Neu“ geringer

ausfallen. Wird die Übereinstimmung eines Datenfelds mit genau zwei möglichen Antwortkategorien/Ausprägungen dargestellt, so werden zusätzlich zu der Übereinstimmungs- und Abweichungsrate auch Sensitivität, Spezifität, der positiv prädiktive Wert sowie der negativ prädiktive Wert angegeben.

Tabelle 2: Kenngrößen zum Informationsvergleich zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation

Übereinstimmungsrate	Anteil an Fällen, bei denen die QS-Dokumentation mit den Angaben in der Patientenakte übereinstimmt.
Abweichungsrate	Anteil an Fällen, bei denen die QS-Dokumentation von den Angaben in der Patientenakte abweicht.
Sensitivität	Anteil der Fälle, bei denen sowohl in der QS-Dokumentation als auch in der Patientenakte eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in den Patientenakten diese Information dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent. Die Sensitivität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) in der QS dokumentiert wurde, gegeben, dass diese Information in der Patientenakte dokumentiert wurde. (Maß für die Unterdokumentation in der QS-Dokumentation)
Spezifität	Anteil der Fälle, bei denen weder in der QS-Dokumentation noch in der Patientenakte eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in den Patientenakten diese Information nicht dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent. Die Spezifität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich), nicht in der QS dokumentiert wurde, gegeben, dass diese Information nicht in der Patientenakte dokumentiert wurde. (Maß für die Überdokumentation in der QS-Dokumentation)
positiv prädiktiver Wert (PPW)	Anteil der Fälle, bei denen sowohl in der Patientenakte als auch in der QS-Dokumentation ein bestimmtes Ereignis dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in der QS-Dokumentation dieses Ereignis dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent. Der PPW gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) in der Patientenakte dokumentierte wurde, gegeben, dass diese Information in der QS-Dokumentation angegeben wurde.
negativ prädiktiver Wert (NPW)	Anteil der Fälle, bei denen weder in der Patientenakte noch in der QS-Dokumentation eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in der QS-Dokumentation diese Information nicht dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent.

	Der NPW gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) in der Patientenakte nicht dokumentiert wurde, gegeben, dass diese Information in der QS-Dokumentation nicht dokumentiert wurde.
--	---

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.

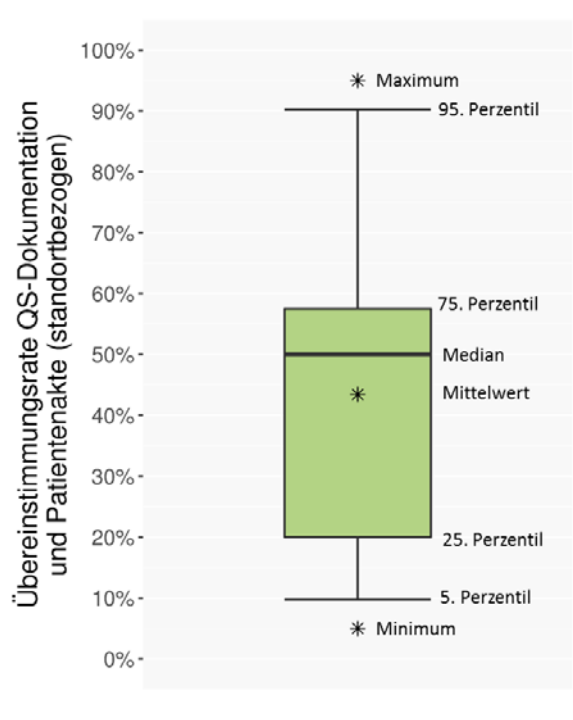


Abbildung 1: Beispiel-Darstellung der Varianz der standortbezogenen Übereinstimmungsraten pro Datenfeld

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 2016)

Kürzel des Auswertungsmoduls	QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	Beschreibung
Indirekte QS-Verfahren		
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
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erst-Implantationen und Wechseleingriffe an der Hüfte
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erst-Implantationen und Wechseleingriffe an den Knien
NEO	Neonatologie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

Kürzel des Auswertungsmoduls	QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	Beschreibung
Direkte QS-Verfahren		
HCH-AORT	Aortenklappenchirurgie, isoliert	<p>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.</p> <p>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).</p>
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/ Kunstherzen	Transplantation eines Kunstherzens/Herzunterstützungssystems
LLS	Leberlebendspende	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
NLS	Nierenlebendspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen 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: Knieendoprothesenversorgung

1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

AK 850305: Angabe von ASA 5

Zähler	alle Patienten mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)
Nenner	alle Patienten mit elektiver Knie-Endoprothesen-Erstimplantation
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-

AK 850306: Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen

Zähler	alle Patienten mit Angabe von ASA 4 (= Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung bedeutet)
Nenner	alle Patienten mit elektiver Knie-Endoprothesen-Erstimplantation
Referenzbereich	≤ 3,97 % (98. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-

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

Zähler	alle Patienten mit Entlassungsdiagnose T81.0, T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7, T81.8, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 ohne Angabe einer spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikation
Nenner	alle Patienten mit mindestens einer elektiven Knie-Endoprothesen-Erstimplantation als Prozedur
Referenzbereich	≤ 20,0 %
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-

AK 850311: Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer

Zähler	Patienten ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen.
Nenner	alle Patienten mit mindestens einer elektiven Knie-Endoprothesen-Erstimplantation als Prozedur und mit einer Verweildauer über dem 90. Perzentil (unter Ausschluss von Krankenhausstandorten, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen (OPS 8-55*) abrechnen)
Referenzbereich	< 80,00 %
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20

AK 850336: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur

Zähler	Patienten mit Entlassungsdiagnose M96.6 (= Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte) ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur
Nenner	alle Patienten
Referenzbereich	< 2
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-

AK 850375: Unterdokumentation von GKV-Patienten

Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt)
Nenner	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-

1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850305	1.100	15	1,4	0	0	0	0	15	100	0	0	0	0	0	0	0	0
850306	865	24	2,8	0	0	1	4,2	23	95,8	0	0	0	0	0	0	3	12,5
850307	938	13	1,4	0	0	2	15,4	11	84,6	0	0	0	0	0	0	0	0
850311	799	118	14,8	0	0	55	46,6	63	53,4	0	0	0	0	0	0	0	0
850336	1.099	18	1,6	0	0	3	16,7	15	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0
850375	1.023	37	3,6	0	0	8	21,6	29	78,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	5.824	225	3,9	0	0	69	30,7	156	69,3	0	0	0	0	0	0	3	1,3

1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme						
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung		
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	42	18,7	0	0	0	0	42	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	20	8,9	0	0	4	20	16	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	17	7,6	0	0	10	58,8	7	41,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brandenburg	2	0,9	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	2	0,9	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	12	5,3	0	0	7	58,3	5	41,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	13	5,8	0	0	1	7,7	12	92,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	2	0,9	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	23	10,2	0	0	0	0	23	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	54	24,0	0	0	43	79,6	11	20,4	0	0	0	0	0	0	3	5,6
Rheinland-Pfalz	11	4,9	0	0	0	0	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	3	1,3	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	9	4,0	0	0	0	0	9	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	5	2,2	0	0	3	60	2	40	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	5	2,2	0	0	1	20	4	80	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	5	2,2	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	225	100	0	0	69	30,7	156	69,3	0	0	0	0	0	0	3	1,3

1.1.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
850305	15	0	0	2	13,3	12	80,0	1	6,7	0	0	0	0	0	0	0
850306	24	7	29,2	0	0	15	62,5	0	0	1	4,2	0	0	0	0	0
850307	13	2	15,4	0	0	8	61,5	0	0	0	0	0	0	1	7,7	0
850311	118	39	33,1	0	0	21	17,8	0	0	2	1,7	0	0	1	0,8	0
850336	18	2	11,1	0	0	13	72,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
850375	37	0	0	1	2,7	18	48,6	2	5,4	7	18,9	0	0	1	2,7	0
Gesamt	225	50	22,2	3	1,3	87	38,7	3	1,3	10	4,4	0	0	3	1,3	0

1.1.5 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	42	18	42,9	0	0	22	52,4	2	4,8	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	20	1	5	0	0	12	60	0	0	2	10	0	0	1	5	0
Berlin	17	1	5,9	0	0	0	0	0	0	6	35,3	0	0	0	0	0
Brandenburg	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bremen	2	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	12	5	41,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	13	3	23,1	0	0	9	69,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	2	1	50	0	0	2	100	0	0	1	50	0	0	0	0
Niedersachsen	23	6	26,1	0	0	17	73,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	54	1	1,9	3	5,6	5	9,3	0	0	1	1,9	0	0	1	1,9
Rheinland-Pfalz	11	5	45,5	0	0	6	54,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	3	2	66,7	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	9	2	22,2	0	0	5	55,6	1	11,1	0	0	0	0	1	11,1
Sachsen-Anhalt	5	2	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	5	0	0	0	0	4	80	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	5	1	20	0	0	4	80	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	225	50	22,2	3	1,3	89	39,6	3	1,3	10	4,4	0	0	3	1,3

1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

1.2.1 Datenfeld 11: Geschlecht

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	488 39,9%	0 0,0%	0 0,0%	488 39,9%
	2	0 0,0%	736 60,1%	0 0,0%	736 60,1%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	488 39,9%	736 60,1%	0 0,0%	1224 100,0%

Abbildung 2: Kontingenztafel – Geschlecht

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0	0 %	0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 62	0 %	0 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	62 / 62	100 %	62 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	1224 / 1224	100 %	1224 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Sensitivität	100 %	736 / 736	100 %	736 / 736
Spezifität	100 %	488 / 488	100 %	488 / 488

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	100 %	736 / 736	100 %	736 / 736
Negativ prädiktiver Wert	100 %	488 / 488	100 %	488 / 488

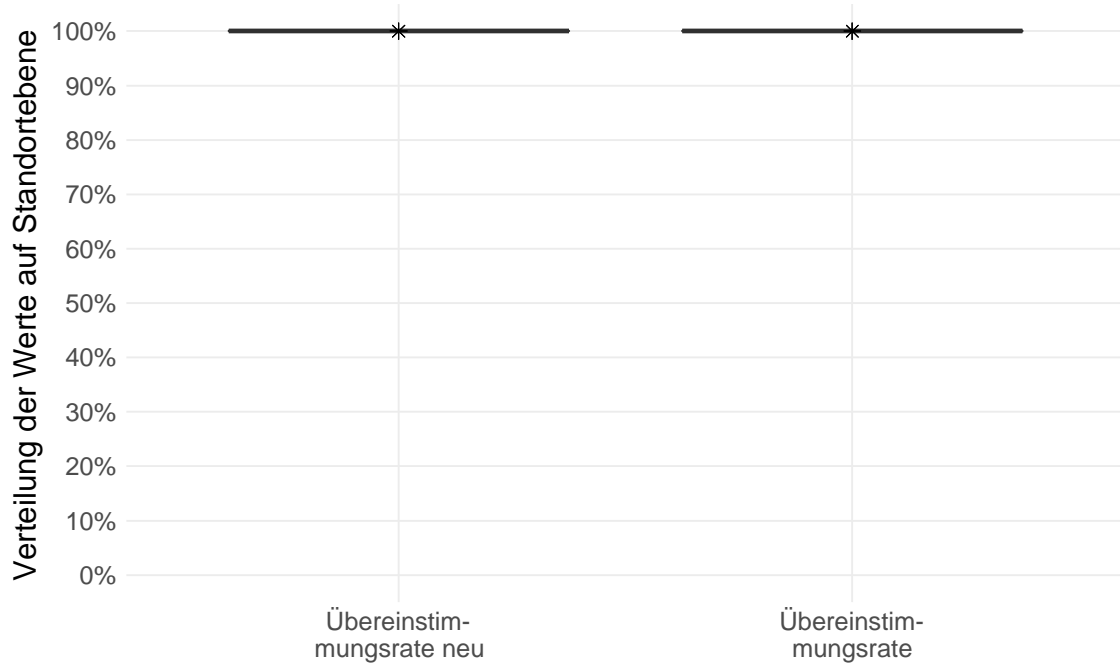


Abbildung 3: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Geschlecht

1.2.2 Datenfeld 12: Gehstrecke

		Angaben in Patientenakte						
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	101 8,3%	18 1,5%	4 0,3%	0 0,0%	1 0,1%	24 2,0%	148 12,1%
	2	35 2,9%	463 37,8%	14 1,1%	3 0,2%	9 0,7%	173 14,1%	697 56,9%
	3	10 0,8%	42 3,4%	169 13,8%	0 0,0%	2 0,2%	74 6,0%	297 24,3%
	4	0 0,0%	1 0,1%	3 0,2%	28 2,3%	4 0,3%	10 0,8%	46 3,8%
	5	0 0,0%	1 0,1%	2 0,2%	0 0,0%	28 2,3%	5 0,4%	36 2,9%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	146 11,9%	525 42,9%	192 15,7%	31 2,5%	44 3,6%	286 23,4%	1224 100,0%

Abbildung 4: Kontingenztafel – Gehstrecke

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	23,4 %	286 / 1224	23,4 %	286 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	72,4 %	42 / 58	67,7 %	42 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	27,6 %	16 / 58	32,3 %	20 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	84,1 %	789 / 938	64,5 %	789 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15,9 %	149 / 938	12,2 %	149 / 1224

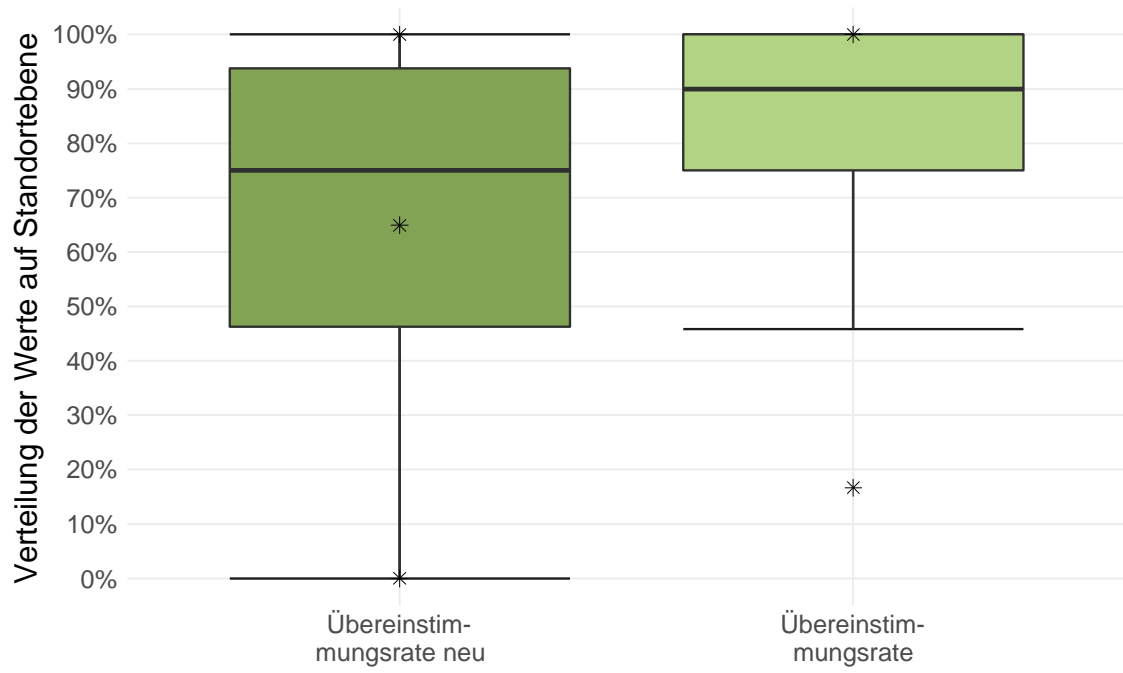


Abbildung 5: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Gehstrecke

1.2.3 Datenfeld 13: Gehhilfen

		Angaben in Patientenakte							
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	0	513 41,9%	48 3,9%	9 0,7%	1 0,1%	1 0,1%	89 7,3%	661 54,0%	
	1	53 4,3%	295 24,1%	9 0,7%	3 0,2%	1 0,1%	78 6,4%	439 35,9%	
	2	5 0,4%	5 0,4%	60 4,9%	2 0,2%	1 0,1%	15 1,2%	88 7,2%	
	3	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	20 1,6%	1 0,1%	1 0,1%	23 1,9%	
	4	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	10 0,8%	2 0,2%	13 1,1%	
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	
	Gesamt	571 46,7%	349 28,5%	79 6,5%	26 2,1%	14 1,1%	185 15,1%	1224 100,0%	

Abbildung 6: Kontingenztafel – Gehhilfen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	15,1 %	185 / 1224	15,1 %	185 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	76,7 %	46 / 60	74,2 %	46 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23,3 %	14 / 60	25,8 %	16 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	86,4 %	898 / 1039	73,4 %	898 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13,6 %	141 / 1039	11,5 %	141 / 1224

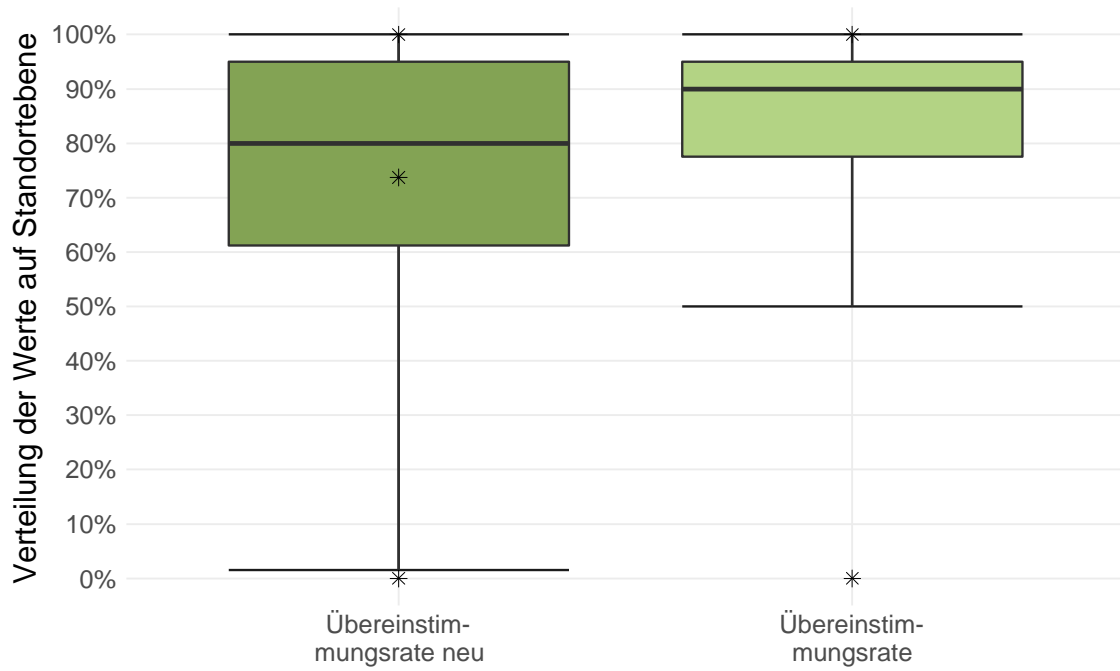


Abbildung 7: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Gehhilfen

1.2.4 Datenfeld 15: Zu operierende Seite

		Angaben in Patientenakte			
		1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	1	619 50,6 %	8 0,7 %	0 0,0 %	627 51,2 %
	2	6 0,5 %	591 48,3 %	0 0,0 %	597 48,8 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	625 51,1 %	599 48,9 %	0 0,0 %	1224 100,0 %

Abbildung 8: Kontingenztafel – zu operierende Seite

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	21,0 %	13 / 62	21,0 %	13 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	79,0 %	49 / 62	79,0 %	49 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98,9 %	1210 / 1224	98,9 %	1210 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1,1 %	14 / 1224	1,1 %	14 / 1224
Sensitivität	98,7 %	591 / 599	98,7 %	591 / 599
Spezifität	99,0 %	619 / 625	99,0 %	619 / 625
Positiv prädiktiver Wert	99,0 %	591 / 597	99,0 %	591 / 597
Negativ prädiktiver Wert	98,7 %	619 / 627	98,7 %	619 / 627

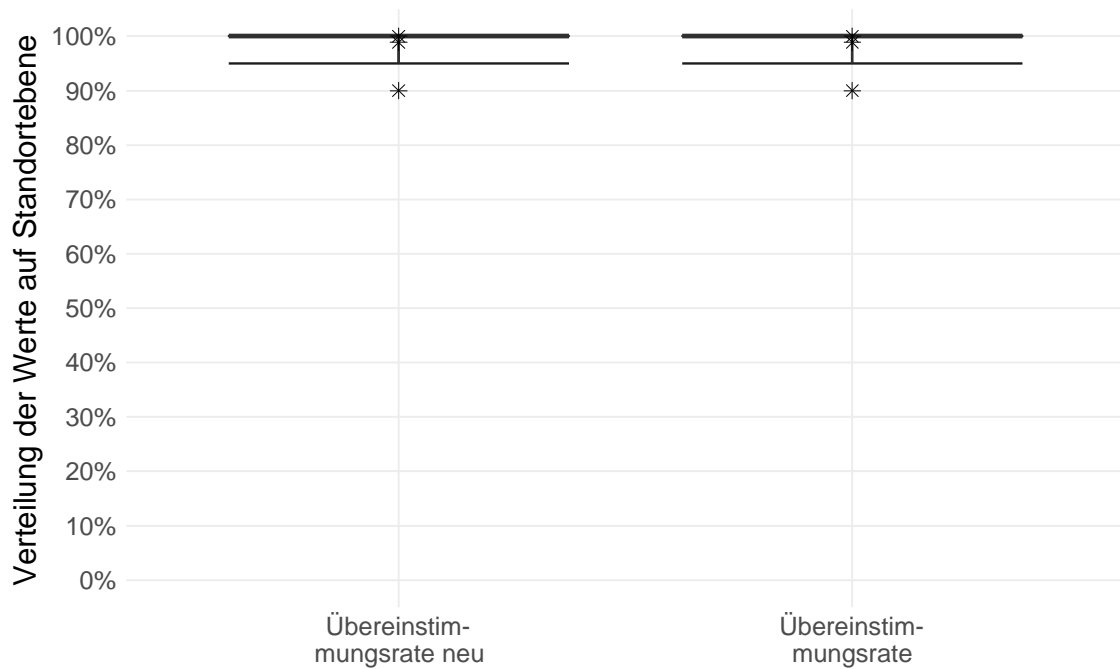


Abbildung 9: Verteilung der Übereinstimmungsraten – zu operierende Seite

1.2.5 Datenfeld 18: Einstufung nach ASA-Klassifikation

		Angaben in Patientenakte						
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	41 3,3%	11 0,9%	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	53 4,3%
	2	13 1,1%	609 49,8%	89 7,3%	1 0,1%	0 0,0%	7 0,6%	719 58,7%
	3	2 0,2%	55 4,5%	362 29,6%	5 0,4%	0 0,0%	7 0,6%	431 35,2%
	4	0 0,0%	1 0,1%	7 0,6%	12 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	20 1,6%
	5	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	56 4,6%	676 55,2%	460 37,6%	18 1,5%	0 0,0%	14 1,1%	1224 100,0%

Abbildung 10: Kontingenztafel – Einstufung nach ASA-Klassifikation

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,1 %	14 / 1224	1,1 %	14 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	74,2 %	46 / 62	74,2 %	46 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25,8 %	16 / 62	25,8 %	16 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	84,6 %	1024 / 1210	83,7 %	1024 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15,4 %	186 / 1210	15,2 %	186 / 1224

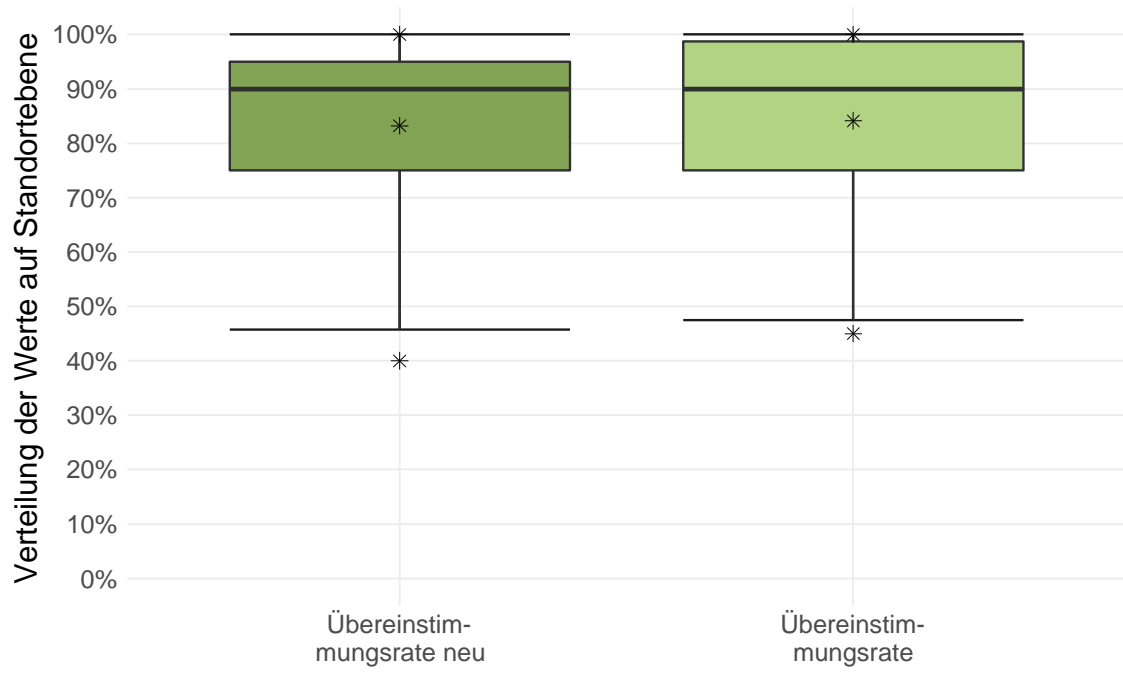


Abbildung 11: Verteilung der Übereinstimmungsraten – ASA-Klassifikation

1.2.6 Datenfeld 19: Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC

		Angaben in Patientenakte					
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	1132 92,5 %	4 0,3 %	1 0,1 %	6 0,5 %	6 0,5 %	1149 93,9 %
	2	12 1,0 %	14 1,1 %	1 0,1 %	2 0,2 %	0 0,0 %	29 2,4 %
	3	3 0,2 %	1 0,1 %	4 0,3 %	3 0,2 %	0 0,0 %	11 0,9 %
	4	4 0,3 %	1 0,1 %	0 0,0 %	29 2,4 %	1 0,1 %	35 2,9 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1151 94,0 %	20 1,6 %	6 0,5 %	40 3,3 %	7 0,6 %	1224 100,0 %

Abbildung 12: Kontingenztafel – Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,6 %	7 / 1224	0,6 %	7 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	33,9 %	21 / 62	33,9 %	21 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	66,1 %	41 / 62	66,1 %	41 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	96,9 %	1179 / 1217	96,3 %	1179 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3,1 %	38 / 1217	3,1 %	38 / 1224

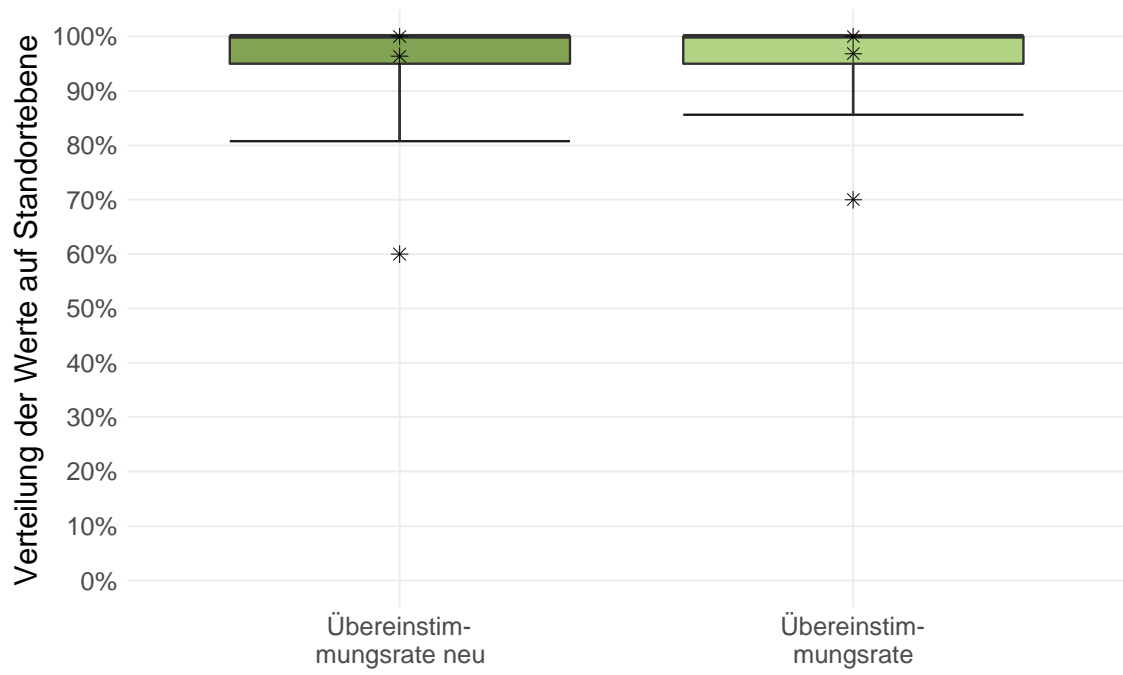


Abbildung 13: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC

1.2.7 Datenfeld 20: Art des Eingriffs

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	760 62,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	760 62,1%
	2	5 0,4%	387 31,6%	5 0,4%	0 0,0%	397 32,4%
	3	3 0,2%	8 0,7%	56 4,6%	0 0,0%	67 5,5%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	768 62,7%	395 32,3%	61 5,0%	0 0,0%	1224 100,0%

Abbildung 14: Kontingenztafel – Art des Eingriffs

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	17,7 %	11 / 62	17,7 %	11 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	82,3 %	51 / 62	82,3 %	51 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98,3 %	1203 / 1224	98,3 %	1203 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1,7 %	21 / 1224	1,7 %	21 / 1224

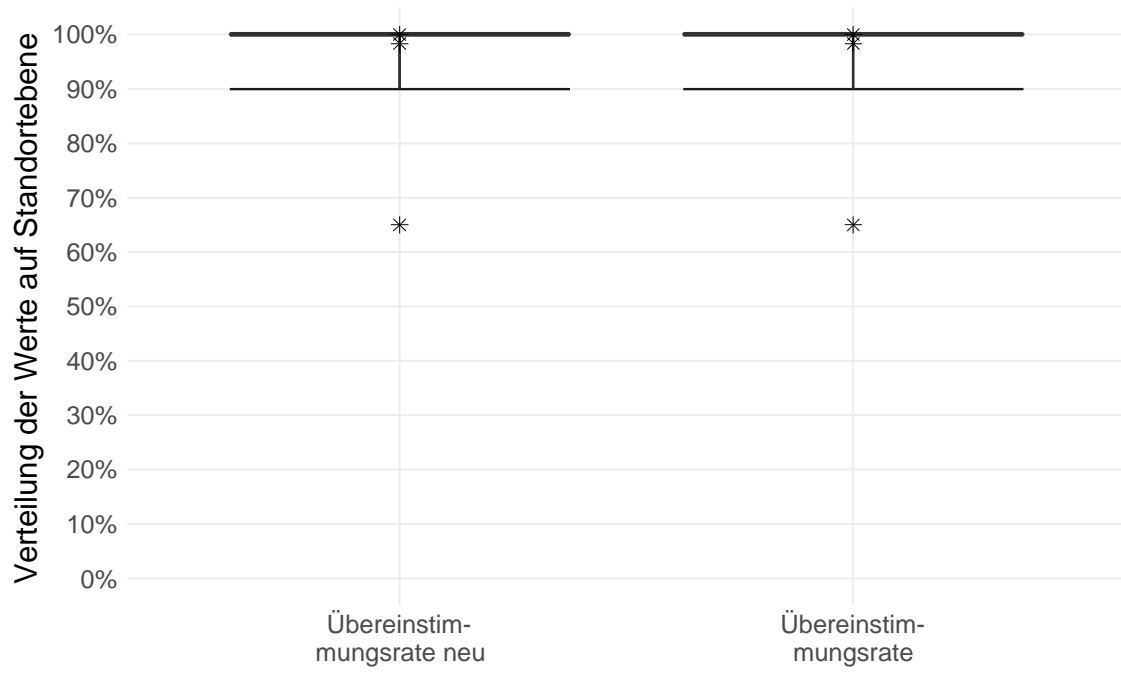


Abbildung 15: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Art des Eingriffs

1.2.8 Datenfeld 27: Schmerzen (präoperativ)

		Angaben in Patientenakte				
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%
	1	0 0,0%	152 19,8%	52 6,8%	19 2,5%	223 29,0%
	2	0 0,0%	87 11,3%	409 53,3%	40 5,2%	536 69,8%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	1 0,1%	6 0,8%	1 0,1%	8 1,0%
	Gesamt	0 0,0%	240 31,3%	468 60,9%	60 7,8%	768 100,0%

Abbildung 16: Kontingenztafel – Schmerzen (präoperativ)

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	768	100 %	768
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	7,8 %	60 / 768	7,8 %	60 / 768
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	75,8 %	47 / 62	75,8 %	47 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	24,2 %	15 / 62	24,2 %	15 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79,2 %	561 / 708	73,0 %	561 / 768
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	20,8 %	147 / 708	19,1 %	147 / 768

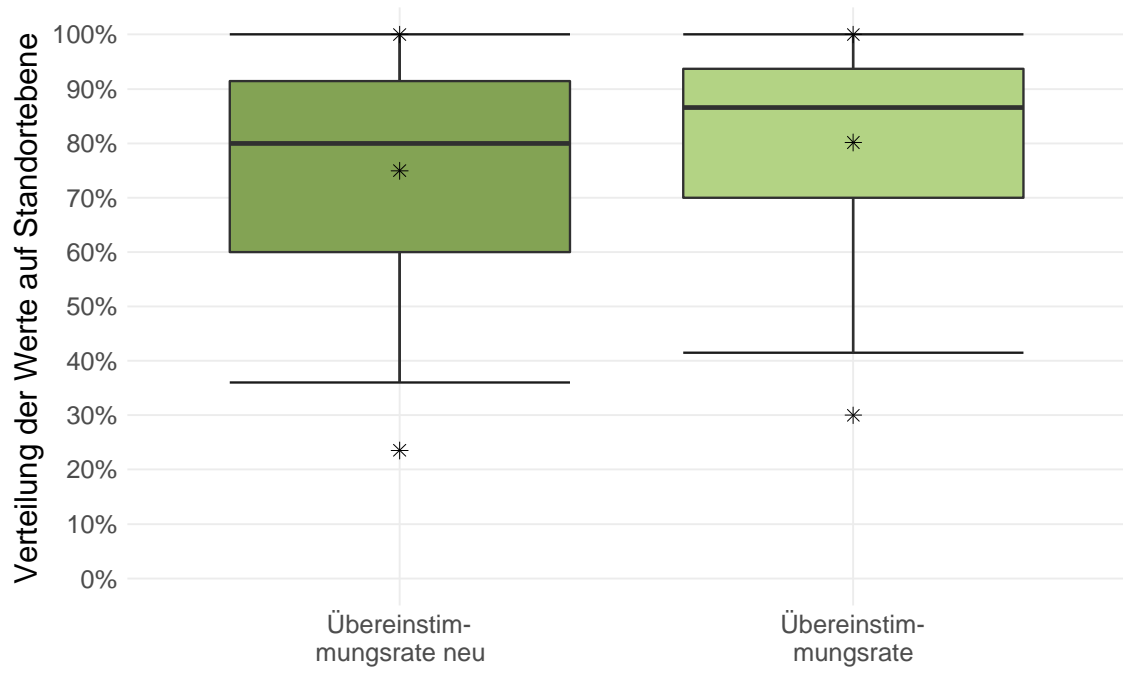


Abbildung 17: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Schmerzen (präoperativ)

1.2.9 Datenfeld 34: Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor?

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	738 96,1 %	1 0,1 %	7 0,9 %	746 97,1 %
	1	6 0,8 %	8 1,0 %	0 0,0 %	14 1,8 %
	nicht in QS-Dokumentation	7 0,9 %	1 0,1 %	0 0,0 %	8 1,0 %
	Gesamt	751 97,8 %	10 1,3 %	7 0,9 %	768 100,0 %

Abbildung 18: Kontingenztafel – Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor?

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	768	100 %	768
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,9 %	7 / 768	0,9 %	7 / 768
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	12,9 %	8 / 62	12,9 %	8 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	87,1 %	54 / 62	87,1 %	54 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98,0 %	746 / 761	97,1 %	746 / 768
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,0 %	15 / 761	2,0 %	15 / 768
Sensitivität	80,0 %	8 / 10	80,0 %	8 / 10

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Spezifität	98,3 %	738 / 751	98,3 %	738 / 751
Positiv prädiktiver Wert	57,1 %	8 / 14	57,1 %	8 / 14
Negativ prädiktiver Wert	99,9 %	738 / 739	98,9 %	738 / 746

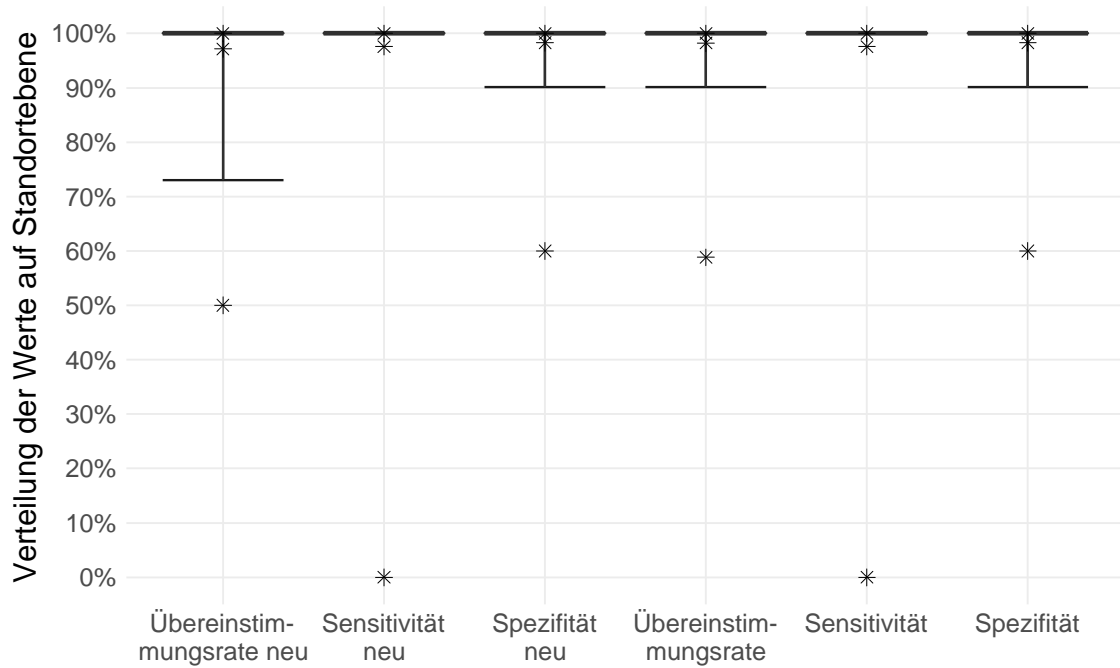


Abbildung 19: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor?

1.2.10 Datenfeld 37: Schmerzen

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	9 2,0%	1 0,2%	7 1,5%	1 0,2%	18 3,9%
	1	5 1,1%	119 26,1%	28 6,1%	10 2,2%	162 35,5%
	2	1 0,2%	35 7,7%	226 49,6%	14 3,1%	276 60,5%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	15 3,3%	155 34,0%	261 57,2%	25 5,5%	456 100,0%

Abbildung 20: Kontingenztafel – Schmerzen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	456	100 %	456
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	5,5 %	25 / 456	5,5 %	25 / 456
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	61,4 %	35 / 57	61,4 %	35 / 57
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	38,6 %	22 / 57	38,6 %	22 / 57
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	82,1 %	354 / 431	77,6 %	354 / 456
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	17,9 %	77 / 431	16,9 %	77 / 456

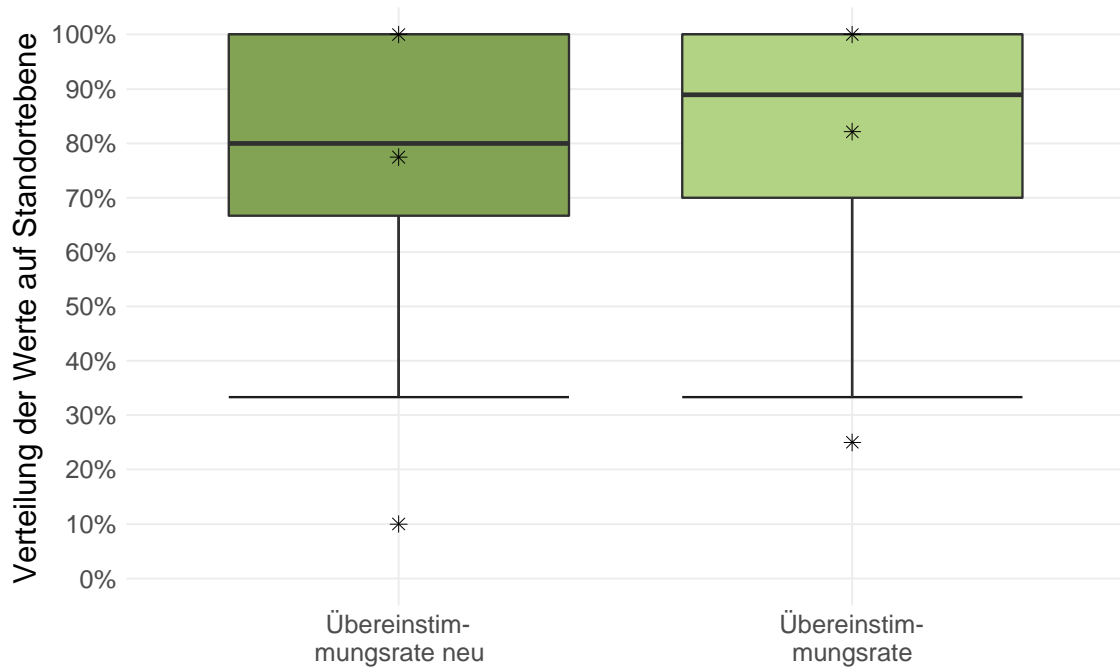


Abbildung 21: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Schmerzen

1.2.11 Datenfeld 38: Positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	311 68,2 %	29 6,4 %	4 0,9 %	344 75,4 %
	1	14 3,1 %	98 21,5 %	0 0,0 %	112 24,6 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	325 71,3 %	127 27,9 %	4 0,9 %	456 100,0 %

Abbildung 22: Kontingenztafel – positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	456	100 %	456
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,9 %	4 / 456	0,9 %	4 / 456
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,9 %	29 / 57	50,9 %	29 / 57
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	49,1 %	28 / 57	49,1 %	28 / 57
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	90,5 %	409 / 452	89,7 %	409 / 456
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	9,5 %	43 / 452	9,4 %	43 / 456
Sensitivität	77,2 %	98 / 127	77,2 %	98 / 127
Spezifität	95,7 %	311 / 325	95,7 %	311 / 325
Positiv prädiktiver Wert	87,5 %	98 / 112	87,5 %	98 / 112
Negativ prädiktiver Wert	91,5 %	311 / 340	90,4 %	311 / 344

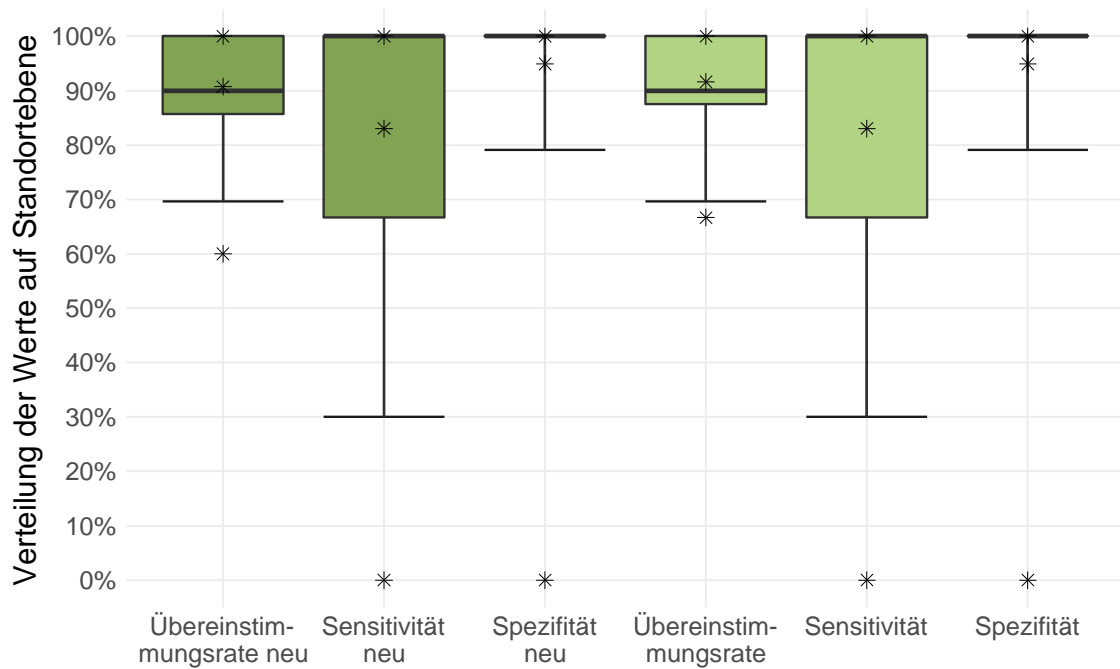


Abbildung 23: Verteilung der Übereinstimmungsraten – positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)

1.2.12 Datenfeld 39: Mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	137 30,0%	27 5,9%	5 1,1%	2 0,4%	171 37,5%
	1	44 9,6%	159 34,9%	7 1,5%	10 2,2%	220 48,2%
	2	0 0,0%	7 1,5%	57 12,5%	1 0,2%	65 14,3%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	181 39,7%	193 42,3%	69 15,1%	13 2,9%	456 100,0%

Abbildung 24: Kontingenztafel – mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	456	100 %	456
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	2,9 %	13 / 456	2,9 %	13 / 456
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	59,6 %	34 / 57	59,6 %	34 / 57
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	40,4 %	23 / 57	40,4 %	23 / 57
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79,7 %	353 / 443	77,4 %	353 / 456
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	20,3 %	90 / 443	19,7 %	90 / 456

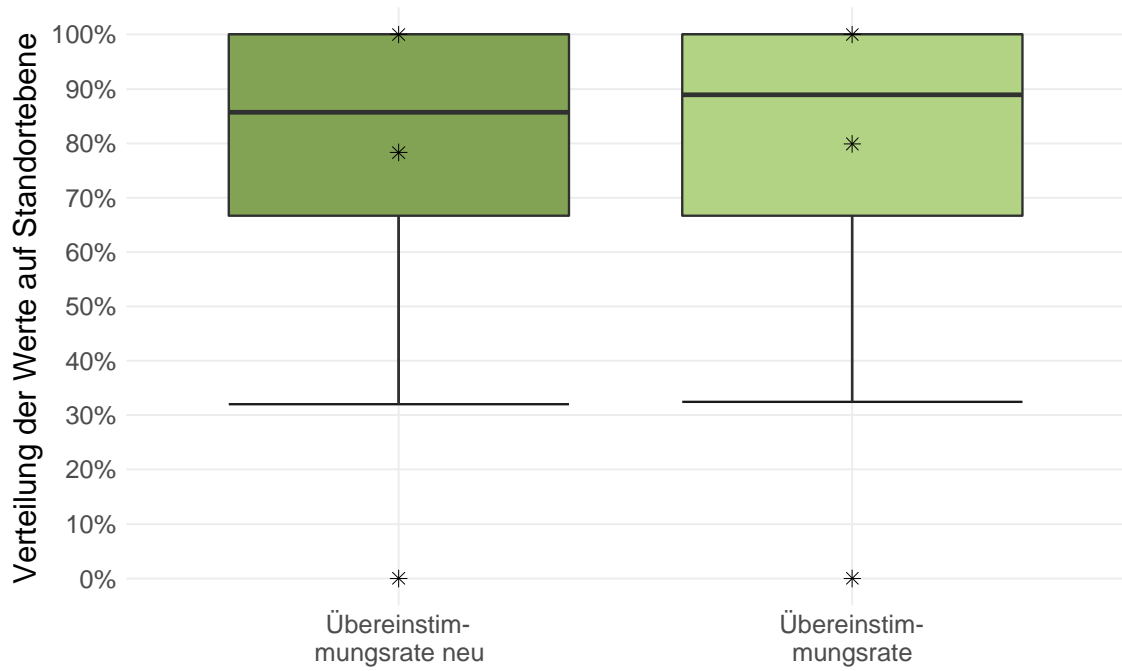


Abbildung 25: Verteilung der Übereinstimmungsrate – mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation

1.2.13 Datenfeld 41: Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	44 9,6 %	22 4,8 %	0 0,0 %	66 14,5 %
	1	14 3,1 %	370 81,1 %	6 1,3 %	390 85,5 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	58 12,7 %	392 86,0 %	6 1,3 %	456 100,0 %

Abbildung 26: Kontingenztafel – Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	456	100 %	456
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,3 %	6 / 456	1,3 %	6 / 456
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	40,4 %	23 / 57	40,4 %	23 / 57
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	59,6 %	34 / 57	59,6 %	34 / 57
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	92,0 %	414 / 450	90,8 %	414 / 456
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8,0 %	36 / 450	7,9 %	36 / 456
Sensitivität	94,4 %	370 / 392	94,4 %	370 / 392
Spezifität	75,9 %	44 / 58	75,9 %	44 / 58
Positiv prädiktiver Wert	96,4 %	370 / 384	94,9 %	370 / 390
Negativ prädiktiver Wert	66,7 %	44 / 66	66,7 %	44 / 66

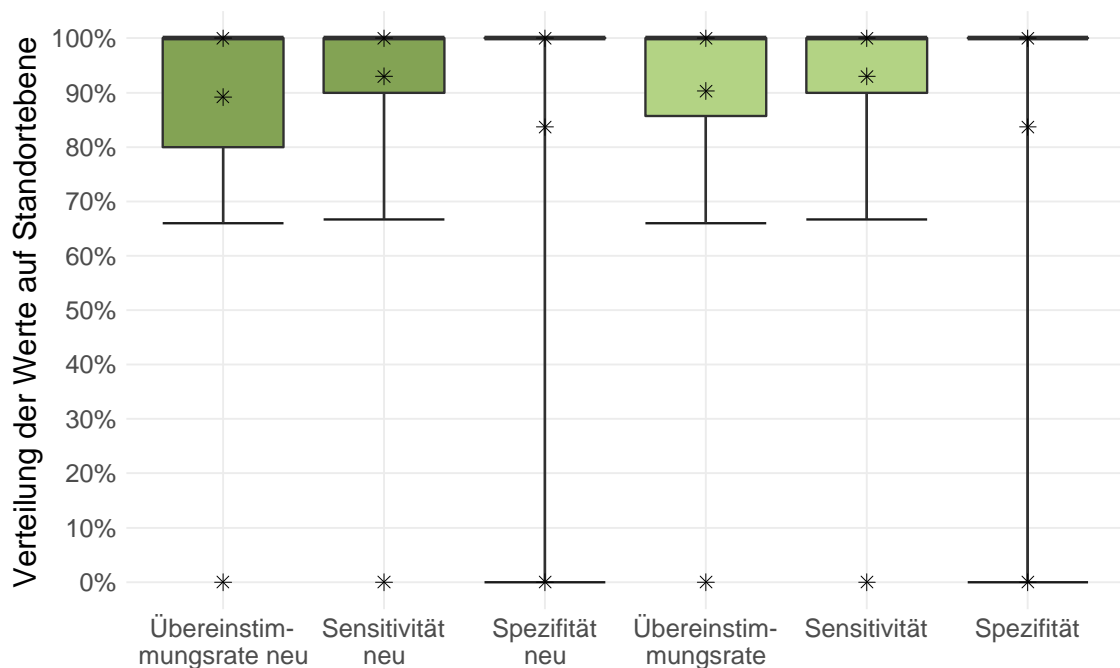


Abbildung 27: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?

1.2.14 Datenfeld 60: Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1175 96,0 %	15 1,2 %	1 0,1 %	1191 97,3 %
	1	6 0,5 %	27 2,2 %	0 0,0 %	33 2,7 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1181 96,5 %	42 3,4 %	1 0,1 %	1224 100,0 %

Abbildung 28: Kontingenztafel – Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,1 %	1 / 1224	0,1 %	1 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	24,2 %	15 / 62	24,2 %	15 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	75,8 %	47 / 62	75,8 %	47 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98,3 %	1202 / 1223	98,2 %	1202 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1,7 %	21 / 1223	1,7 %	21 / 1224
Sensitivität	64,3 %	27 / 42	64,3 %	27 / 42
Spezifität	99,5 %	1175 / 1181	99,5 %	1175 / 1181

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	81,8 %	27 / 33	81,8 %	27 / 33
Negativ prädiktiver Wert	98,7 %	1175 / 1190	98,7 %	1175 / 1191

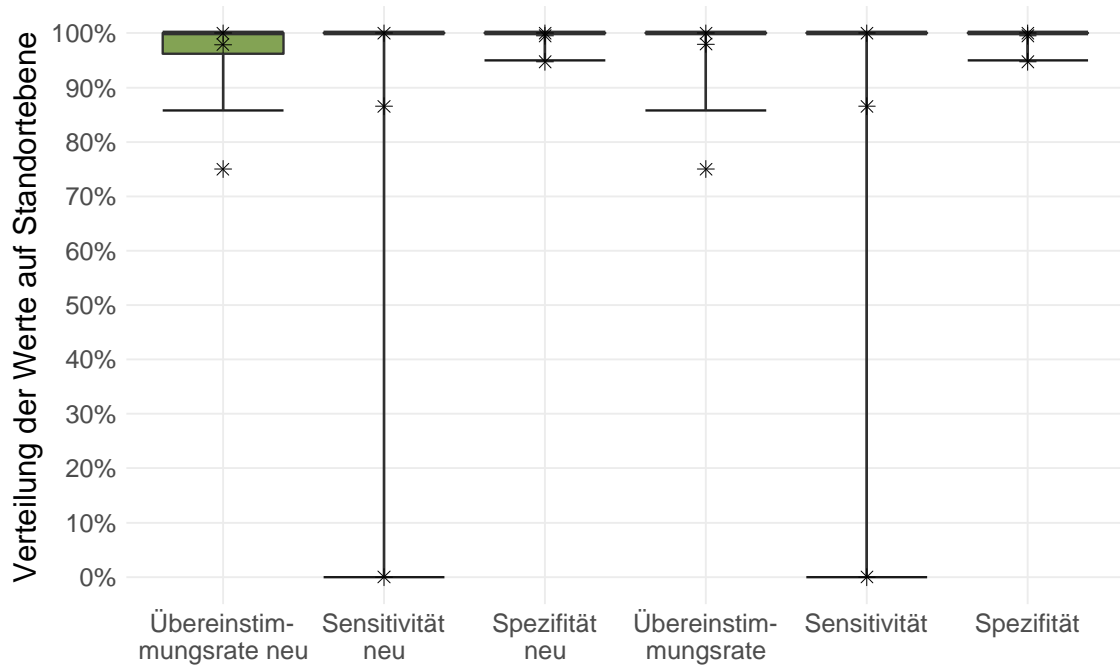


Abbildung 29: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?

1.2.15 Datenfeld 61: Primäre Implantatfehllage

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 30: Kontingenztafel – primäre Implantatfehllage

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42

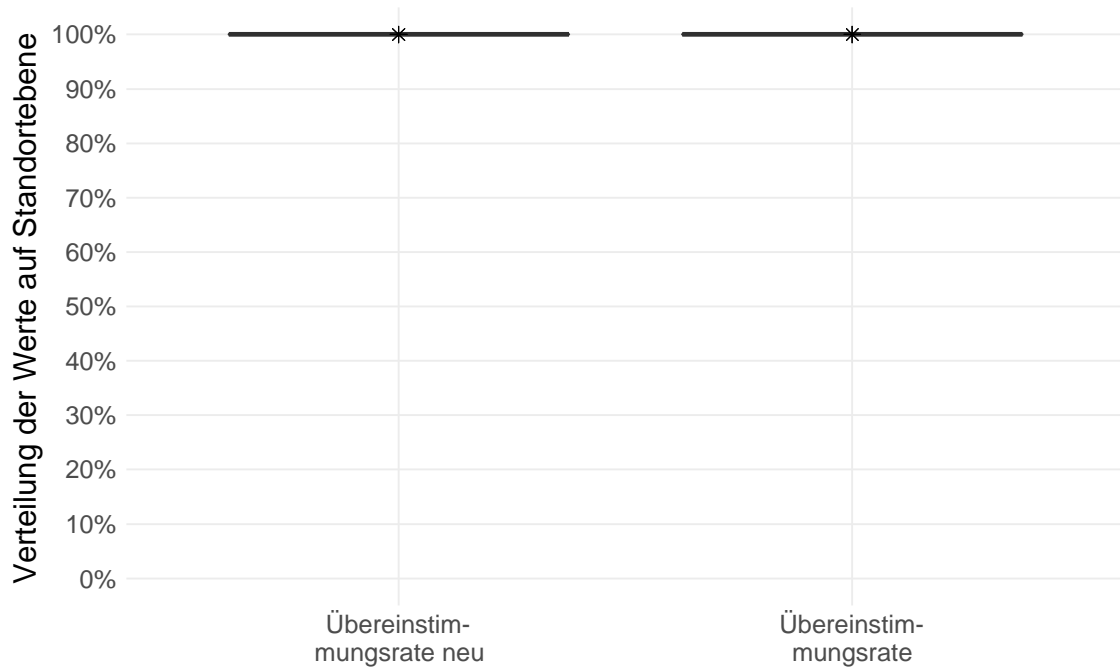


Abbildung 31 Verteilung der Übereinstimmungsraten – primäre Implantatfehlage

1.2.16 Datenfeld 62: Sekundäre Implantatdislokation

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	41 97,6%	0 0,0%	0 0,0%	41 97,6%
	1	0 0,0%	1 2,4%	0 0,0%	1 2,4%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	41 97,6%	1 2,4%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 32: Kontingenztafel – sekundäre Implantatdislokation

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Sensitivität	100 %	1 / 1	100 %	1 / 1
Spezifität	100 %	41 / 41	100 %	41 / 41
Positiv prädiktiver Wert	100 %	1 / 1	100 %	1 / 1
Negativ prädiktiver Wert	100 %	41 / 41	100 %	41 / 41

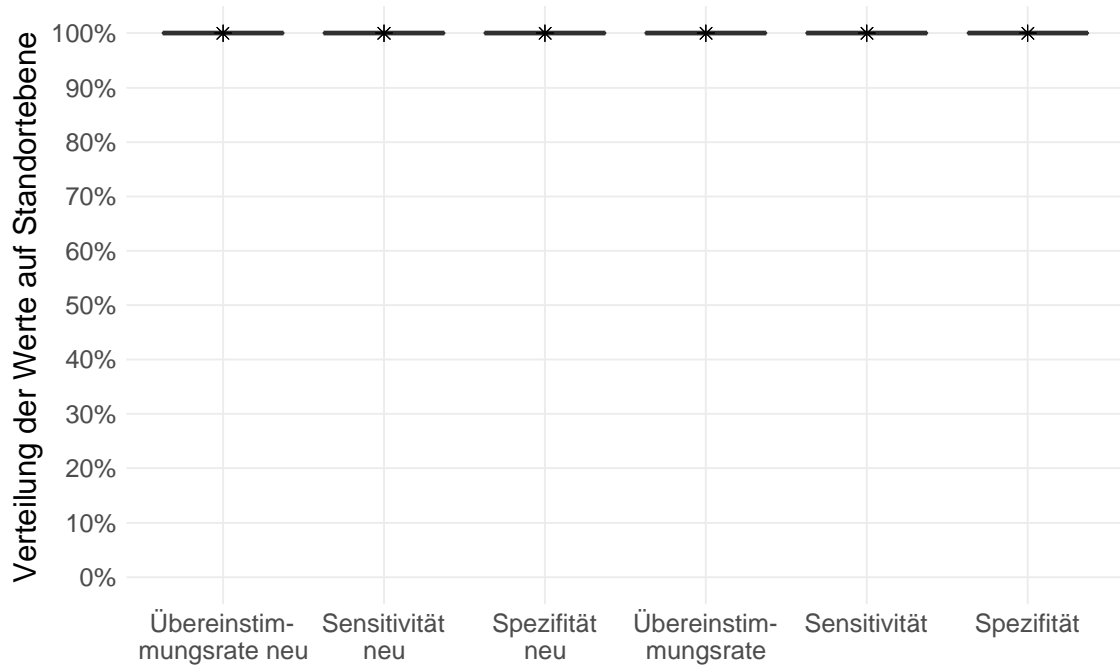


Abbildung 33: Verteilung der Übereinstimmungsraten – sekundäre Implantatdislokation

1.2.17 Datenfeld 63: Postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 34: Kontingenztafel – postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Sensitivität	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Spezifität	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42

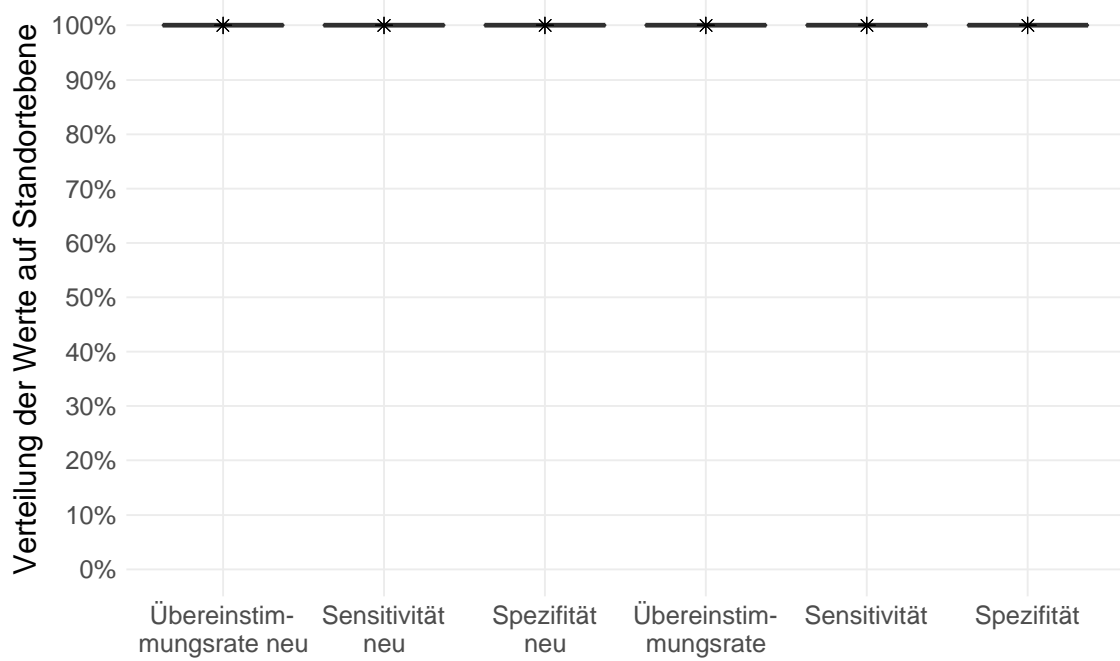


Abbildung 35: Verteilung der Übereinstimmungsraten – postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes

1.2.18 Datenfeld 64: Patellafehlstellung

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	41 97,6%	1 2,4%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	41 97,6%	1 2,4%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 36: Kontingenztafel – Patellafehlstellung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3,7 %	1 / 27	3,7 %	1 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	96,3 %	26 / 27	96,3 %	26 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,4 %	1 / 42	2,4 %	1 / 42
Sensitivität	0 %	0 / 1	0 %	0 / 1
Spezifität	100 %	41 / 41	100 %	41 / 41
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42

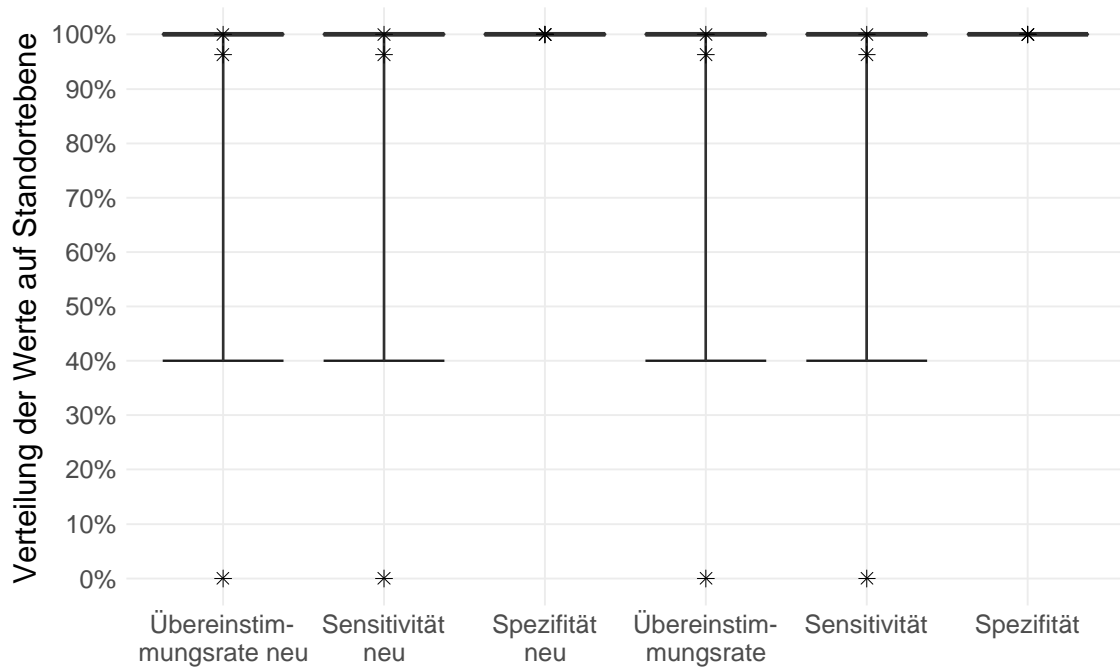


Abbildung 37: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Patellafehlstellung

1.2.19 Datenfeld 65: OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	25 59,5 %	6 14,3 %	0 0,0 %	31 73,8 %
	1	1 2,4 %	9 21,4 %	0 0,0 %	10 23,8 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 2,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 2,4 %
	Gesamt	27 64,3 %	15 35,7 %	0 0,0 %	42 100,0 %

Abbildung 38: Kontingenztafel – OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	18,5 %	5 / 27	18,5 %	5 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	81,5 %	22 / 27	81,5 %	22 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	81,0 %	34 / 42	81,0 %	34 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	19,0 %	8 / 42	19,0 %	8 / 42
Sensitivität	60,0 %	9 / 15	60,0 %	9 / 15
Spezifität	92,6 %	25 / 27	92,6 %	25 / 27
Positiv prädiktiver Wert	90,0 %	9 / 10	90,0 %	9 / 10
Negativ prädiktiver Wert	80,6 %	25 / 31	80,6 %	25 / 31

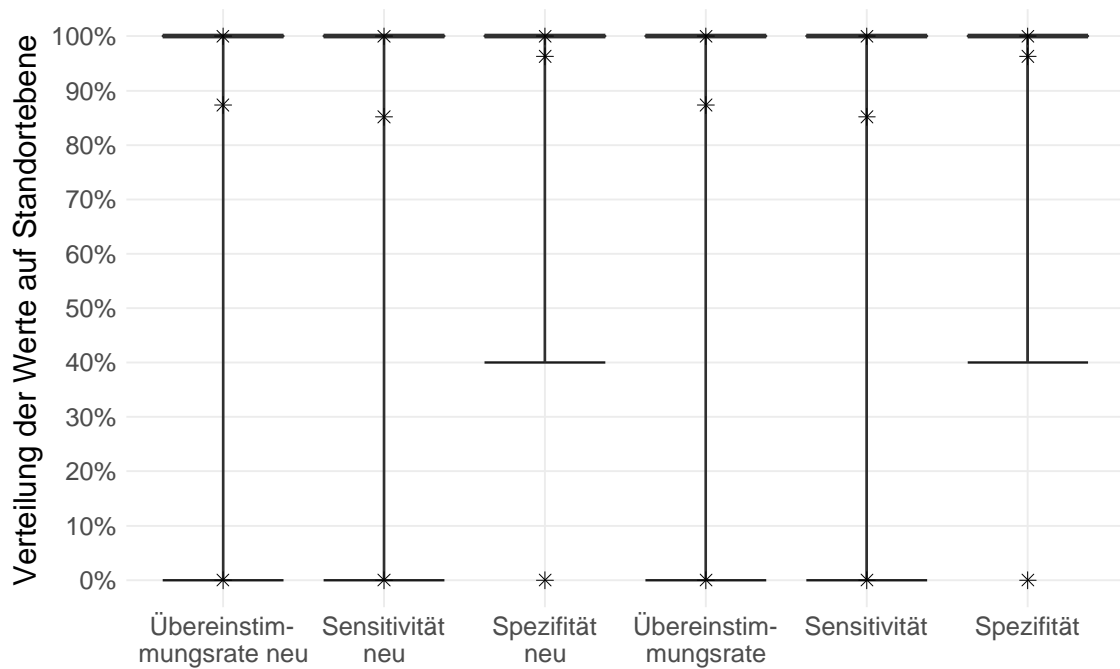


Abbildung 39: Verteilung der Übereinstimmungsraten – OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung

1.2.20 Datenfeld 66: OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion

		Angaben in Patientenakte				
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 40: Kontingenztafel – OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42

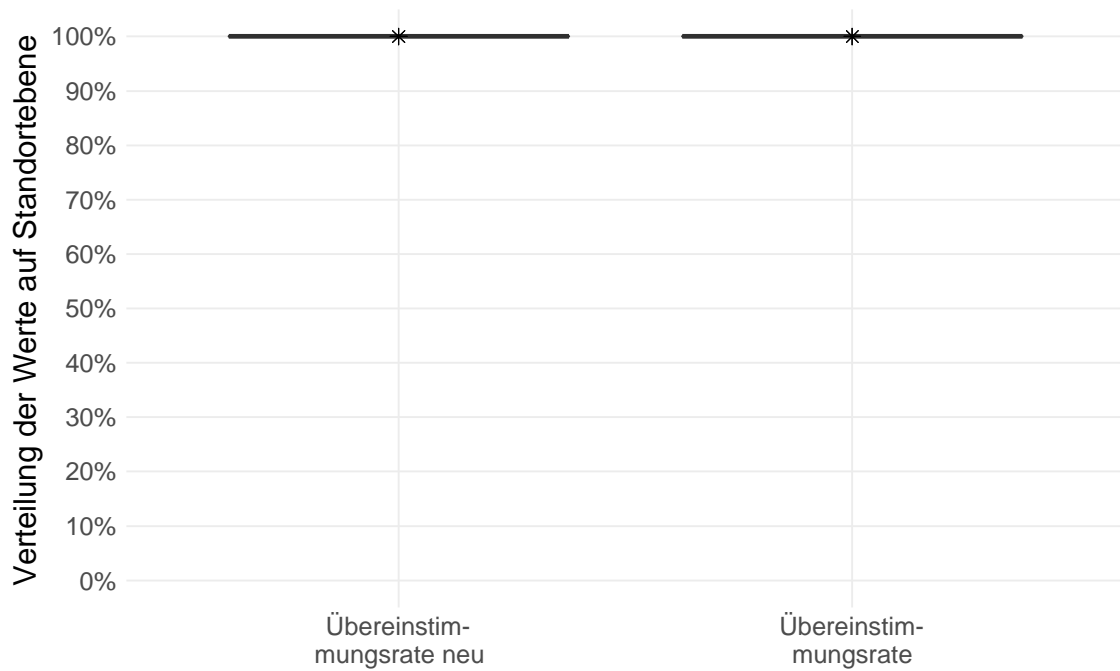


Abbildung 41: Verteilung der Übereinstimmungsrate – OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion

1.2.21 Datenfeld 67: bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden

		Angaben in Patientenakte				
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	39 92,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	39 92,9%
	1	0 0,0%	1 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,4%
	2	0 0,0%	0 0,0%	2 4,8%	0 0,0%	2 4,8%
	Gesamt	39 92,9%	1 2,4%	2 4,8%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 42: Kontingenztafel – bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42

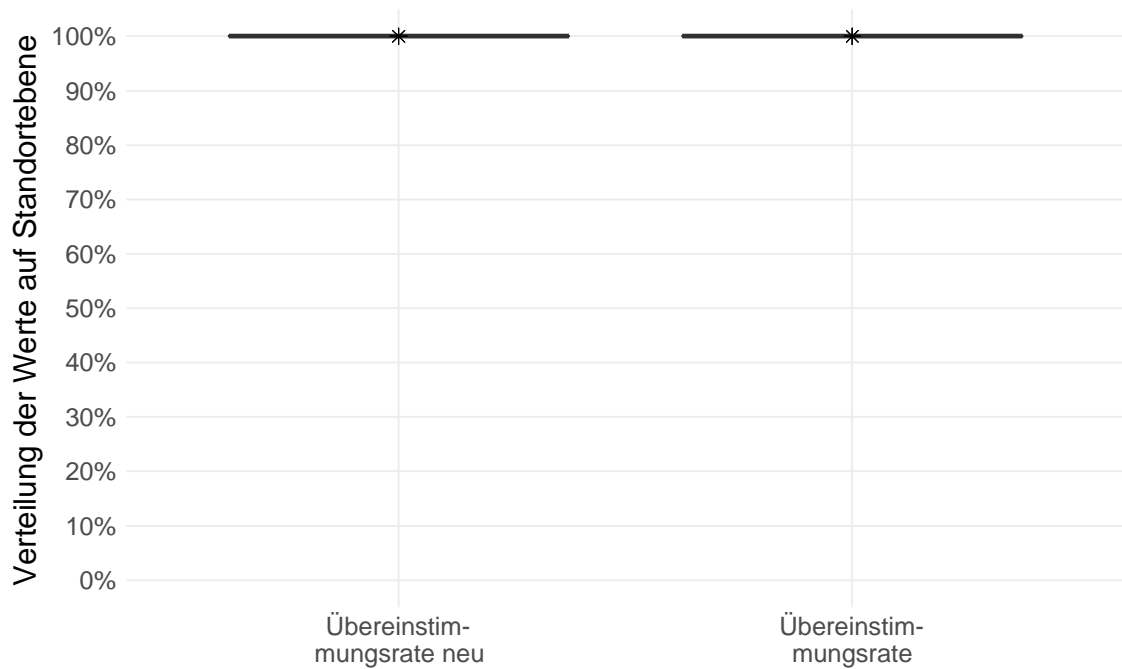


Abbildung 43: Verteilung der Übereinstimmungsrate – bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden

1.2.22 Datenfeld 68: Periprothetische Fraktur

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	39 92,9%	1 2,4%	0 0,0%	40 95,2%
	1	0 0,0%	1 2,4%	0 0,0%	1 2,4%
	nicht in QS-Dokumentation	1 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,4%
	Gesamt	40 95,2%	2 4,8%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 44: Kontingenztafel – periprothetische Fraktur

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7,4 %	2 / 27	7,4 %	2 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	92,6 %	25 / 27	92,6 %	25 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95,2 %	40 / 42	95,2 %	40 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,8 %	2 / 42	4,8 %	2 / 42
Sensitivität	50,0 %	1 / 2	50,0 %	1 / 2
Spezifität	97,5 %	39 / 40	97,5 %	39 / 40
Positiv prädiktiver Wert	100 %	1 / 1	100 %	1 / 1
Negativ prädiktiver Wert	97,5 %	39 / 40	97,5 %	39 / 40

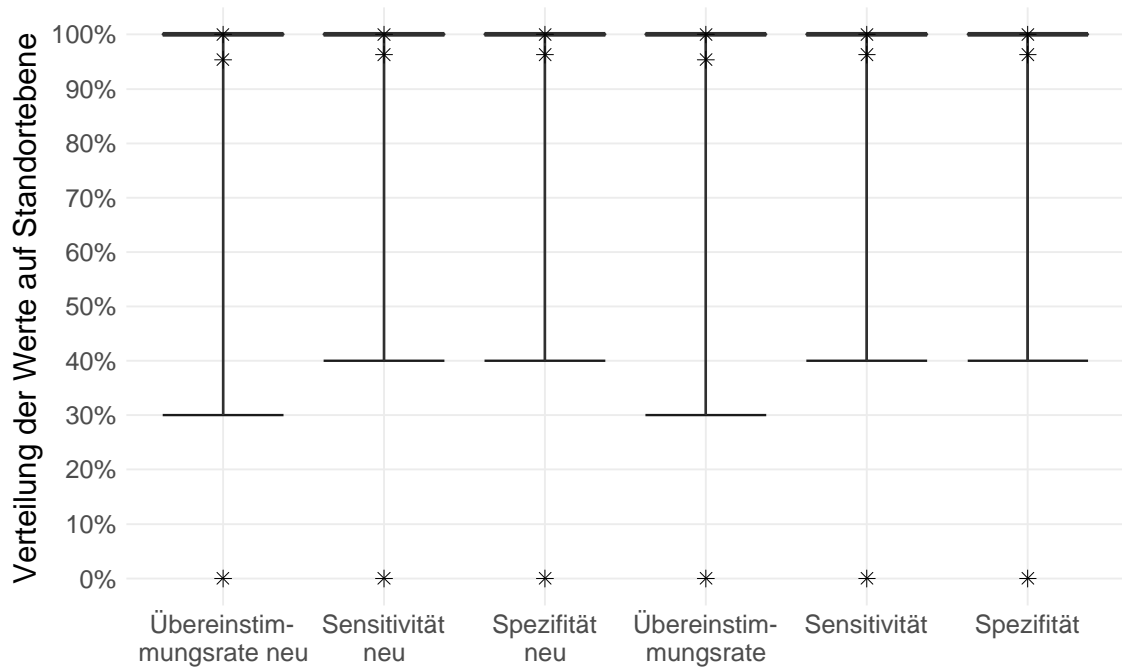


Abbildung 45: Verteilung der Übereinstimmungsraten – periprothetische Fraktur

1.2.23 Datenfeld 69: Postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition)

		Angaben in Patientenakte					
		0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	39 92,9 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	39 92,9 %
	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 %	2 4,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 4,8 %
	3	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 2,4 %	0 0,0 %	1 2,4 %
	Gesamt	39 92,9 %	0 0,0 %	2 4,8 %	1 2,4 %	0 0,0 %	42 100,0 %

Abbildung 46: Kontingenztafel – postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition)

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42

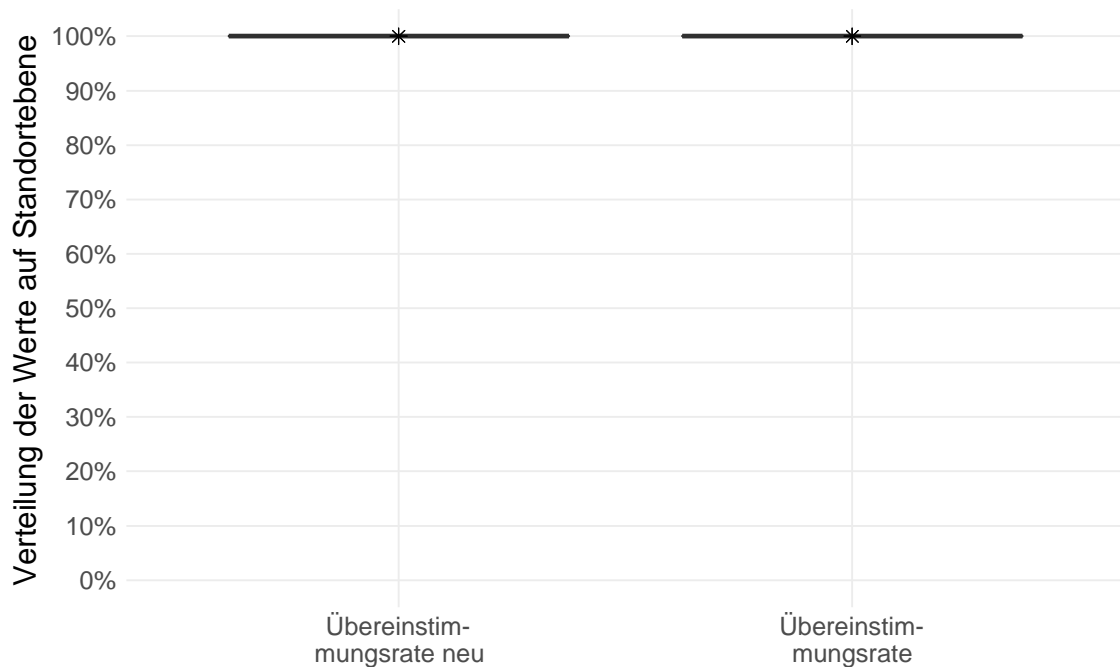


Abbildung 47: Verteilung der Übereinstimmungsrate – postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition)

1.2.24 Datenfeld 70: Reoperationspflichtige Wunddehiszenz

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	40 95,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	40 95,2 %
	1	1 2,4 %	1 2,4 %	0 0,0 %	2 4,8 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	41 97,6 %	1 2,4 %	0 0,0 %	42 100,0 %

Abbildung 48: Kontingenztafel – reoperationspflichtige Wunddehiszenz

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3,7 %	1 / 27	3,7 %	1 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	96,3 %	26 / 27	96,3 %	26 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,4 %	1 / 42	2,4 %	1 / 42
Sensitivität	100 %	1 / 1	100 %	1 / 1
Spezifität	97,6 %	40 / 41	97,6 %	40 / 41
Positiv prädiktiver Wert	50,0 %	1 / 2	50,0 %	1 / 2
Negativ prädiktiver Wert	100 %	40 / 40	100 %	40 / 40

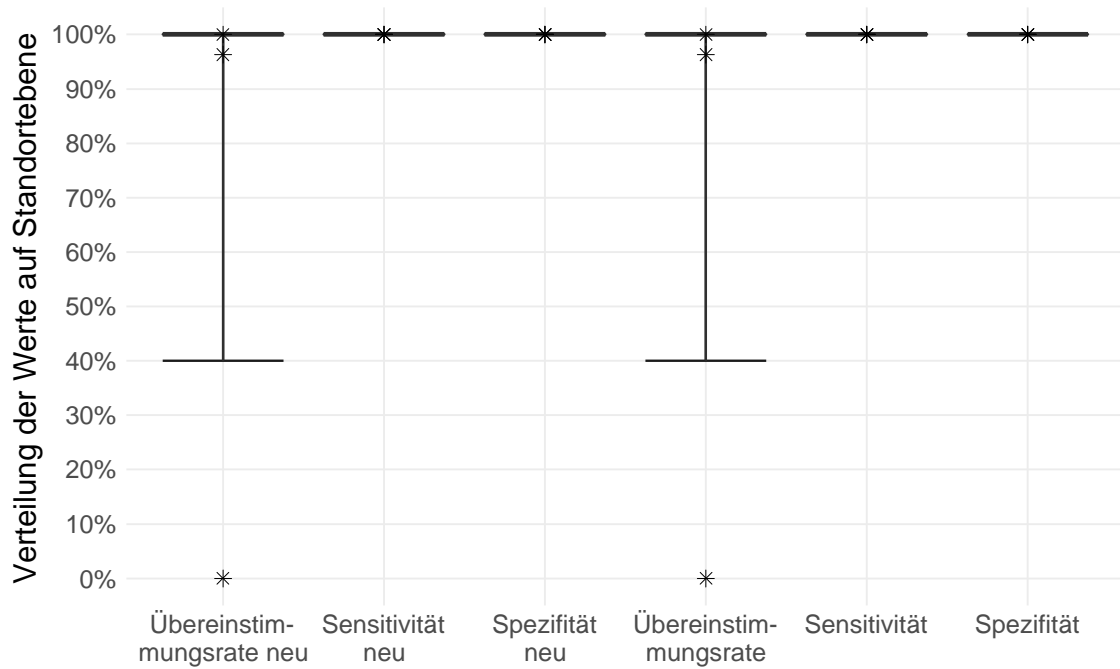


Abbildung 49: Verteilung der Übereinstimmungsraten – reoperationspflichtige Wunddehiszenz

1.2.25 Datenfeld 71: Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	40 95,2 %	1 2,4 %	0 0,0 %	41 97,6 %
	1	0 0,0 %	1 2,4 %	0 0,0 %	1 2,4 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	40 95,2 %	2 4,8 %	0 0,0 %	42 100,0 %

Abbildung 50: Kontingenztafel – reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3,7 %	1 / 27	3,7 %	1 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	96,3 %	26 / 27	96,3 %	26 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,4 %	1 / 42	2,4 %	1 / 42
Sensitivität	50,0 %	1 / 2	50,0 %	1 / 2
Spezifität	100 %	40 / 40	100 %	40 / 40
Positiv prädiktiver Wert	100 %	1 / 1	100 %	1 / 1
Negativ prädiktiver Wert	97,6 %	40 / 41	97,6 %	40 / 41

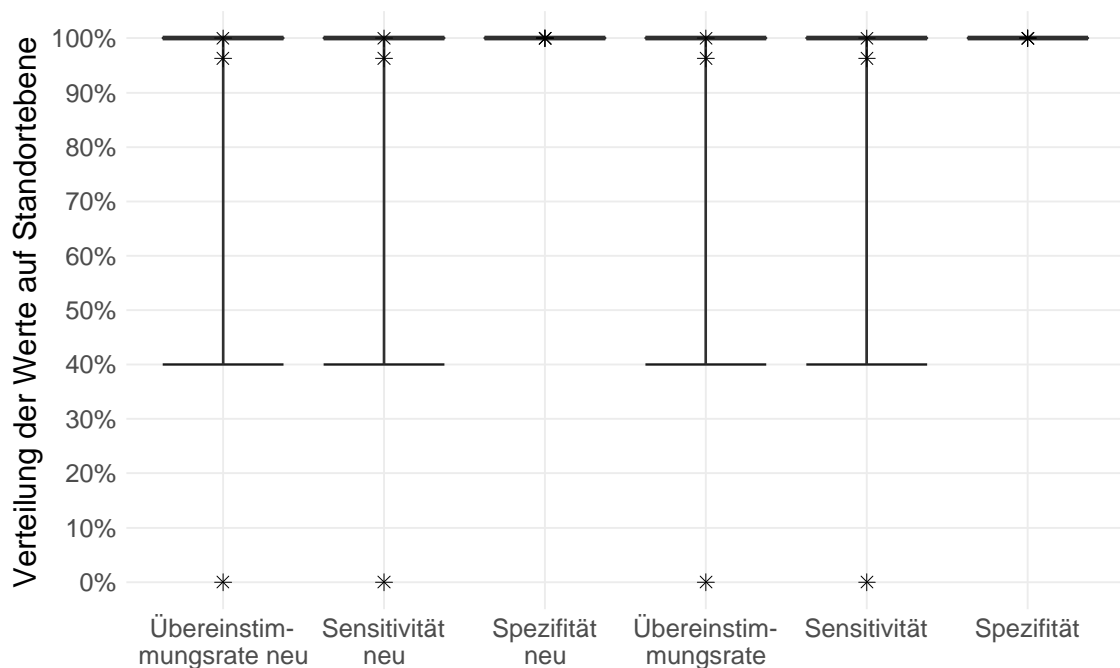


Abbildung 51: Verteilung der Übereinstimmungsraten – reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

1.2.26 Datenfeld 72: Postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	41 97,6%	0 0,0%	0 0,0%	41 97,6%
	1	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nicht in QS-Dokumentation	1 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,4%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 52: Kontingenztafel – postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3,7 %	1 / 27	3,7 %	1 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	96,3 %	26 / 27	96,3 %	26 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,4 %	1 / 42	2,4 %	1 / 42
Sensitivität	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Spezifität	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	41 / 41	100 %	41 / 41

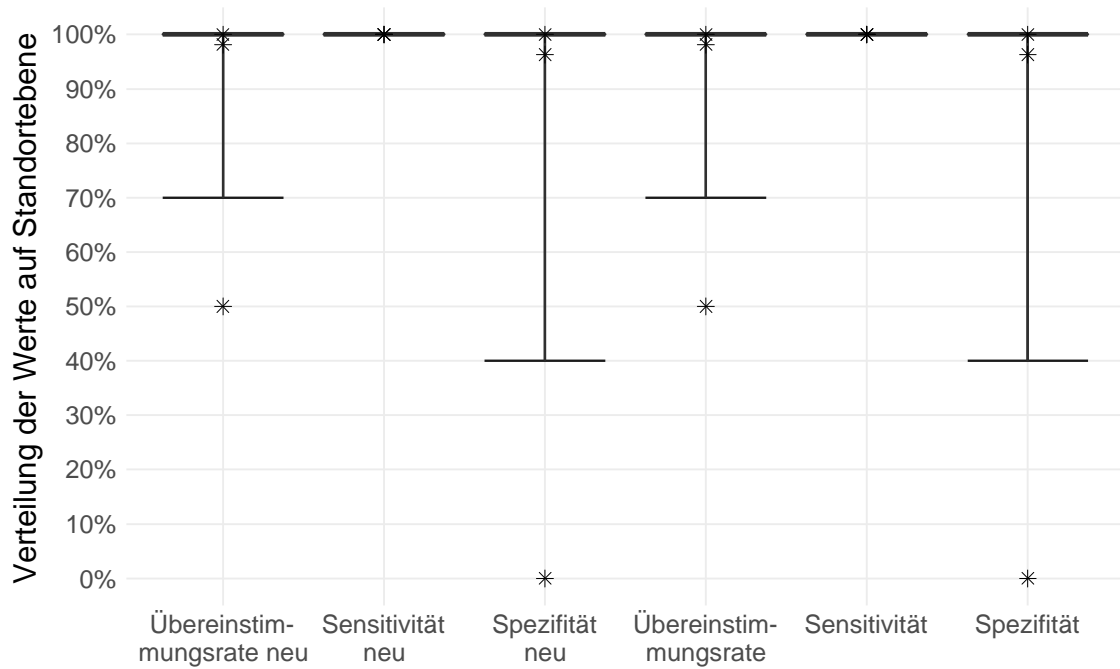


Abbildung 53: Verteilung der Übereinstimmungsraten – postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes

1.2.27 Datenfeld 73: Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 54: Kontingenztafel – Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Sensitivität	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Spezifität	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42

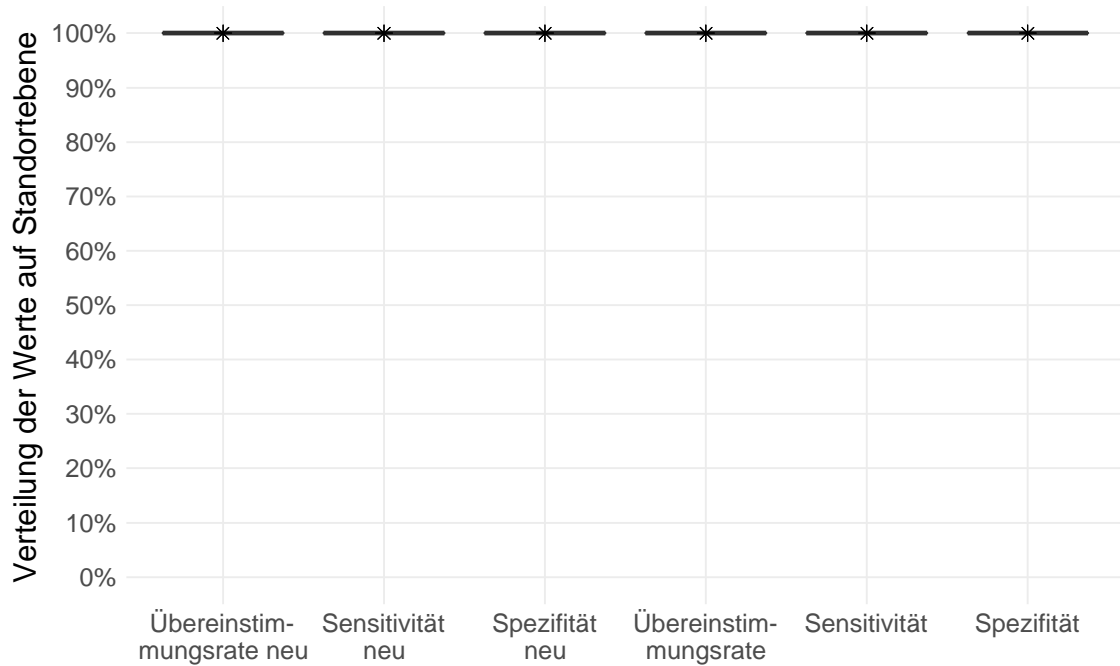


Abbildung 55: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae

1.2.28 Datenfeld 74: Fraktur der Patella

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 56: Kontingenztafel – Fraktur der Patella

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Sensitivität	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Spezifität	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42

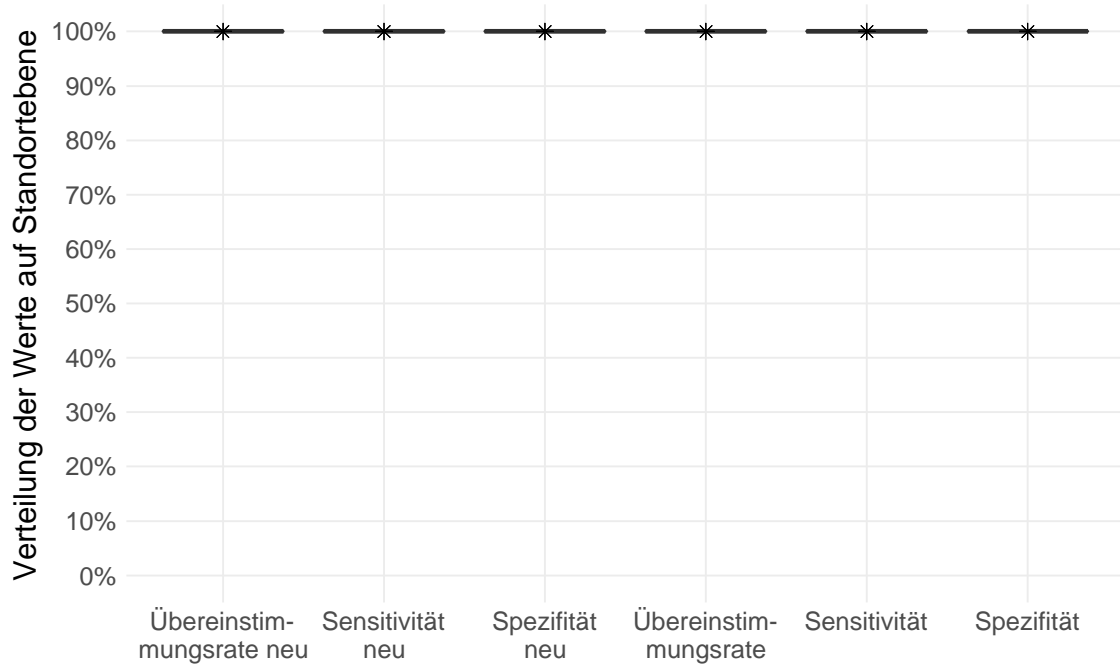


Abbildung 57: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Fraktur Patella

1.2.29 Datenfeld 75: Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	23 54,8 %	11 26,2 %	0 0,0 %	34 81,0 %
	1	0 0,0 %	7 16,7 %	0 0,0 %	7 16,7 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 2,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 2,4 %
	Gesamt	24 57,1 %	18 42,9 %	0 0,0 %	42 100,0 %

Abbildung 58: Kontingenztafel – sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	33,3 %	9 / 27	33,3 %	9 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	66,7 %	18 / 27	66,7 %	18 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	71,4 %	30 / 42	71,4 %	30 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	28,6 %	12 / 42	28,6 %	12 / 42
Sensitivität	38,9 %	7 / 18	38,9 %	7 / 18
Spezifität	95,8 %	23 / 24	95,8 %	23 / 24
Positiv prädiktiver Wert	100 %	7 / 7	100 %	7 / 7
Negativ prädiktiver Wert	67,6 %	23 / 34	67,6 %	23 / 34

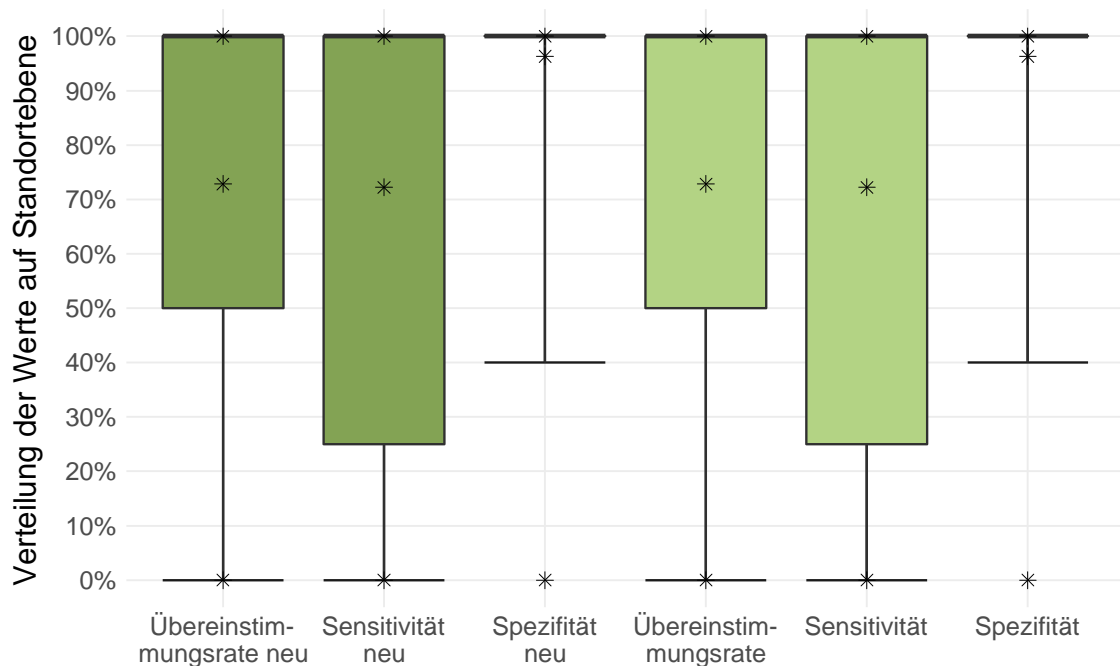


Abbildung 59: Verteilung der Übereinstimmungsraten – sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

1.2.30 Datenfeld 76: Ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	28 66,7%	4 9,5%	0 0,0%	32 76,2%
	1	0 0,0%	9 21,4%	0 0,0%	9 21,4%
	nicht in QS-Dokumentation	1 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,4%
	Gesamt	29 69,0%	13 31,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 60: Kontingenztafel – ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	14,8 %	4 / 27	14,8 %	4 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	85,2 %	23 / 27	85,2 %	23 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	88,1 %	37 / 42	88,1 %	37 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11,9 %	5 / 42	11,9 %	5 / 42
Sensitivität	69,2 %	9 / 13	69,2 %	9 / 13
Spezifität	96,6 %	28 / 29	96,6 %	28 / 29
Positiv prädiktiver Wert	100 %	9 / 9	100 %	9 / 9
Negativ prädiktiver Wert	87,5 %	28 / 32	87,5 %	28 / 32

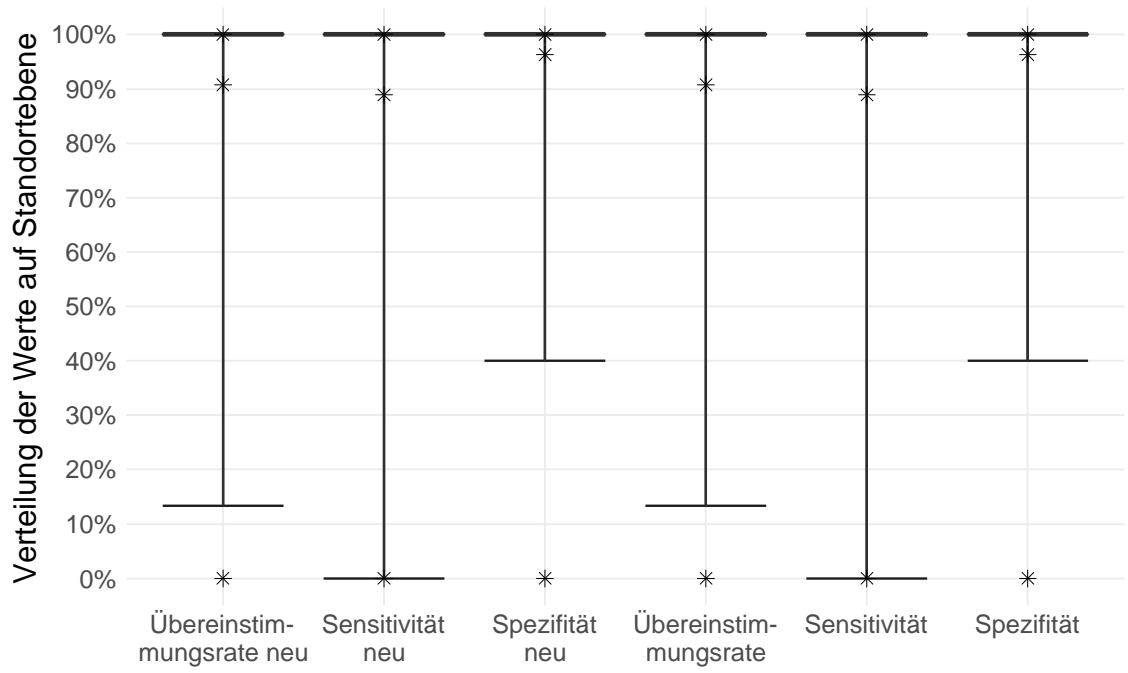


Abbildung 61: Verteilung der Übereinstimmungsraten – ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen

1.2.31 Datenfeld 78: Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (Intra- und postoperativ)

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1126 92,0 %	38 3,1 %	0 0,0 %	1164 95,1 %
	1	22 1,8 %	38 3,1 %	0 0,0 %	60 4,9 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1148 93,8 %	76 6,2 %	0 0,0 %	1224 100,0 %

Abbildung 62: Kontingenztafel – Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (Intra- und postoperativ)

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	45,2 %	28 / 62	45,2 %	28 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	54,8 %	34 / 62	54,8 %	34 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95,1 %	1164 / 1224	95,1 %	1164 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,9 %	60 / 1224	4,9 %	60 / 1224
Sensitivität	50,0 %	38 / 76	50,0 %	38 / 76
Spezifität	98,1 %	1126 / 1148	98,1 %	1126 / 1148

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	63,3 %	38 / 60	63,3 %	38 / 60
Negativ prädiktiver Wert	96,7 %	1126 / 1164	96,7 %	1126 / 1164

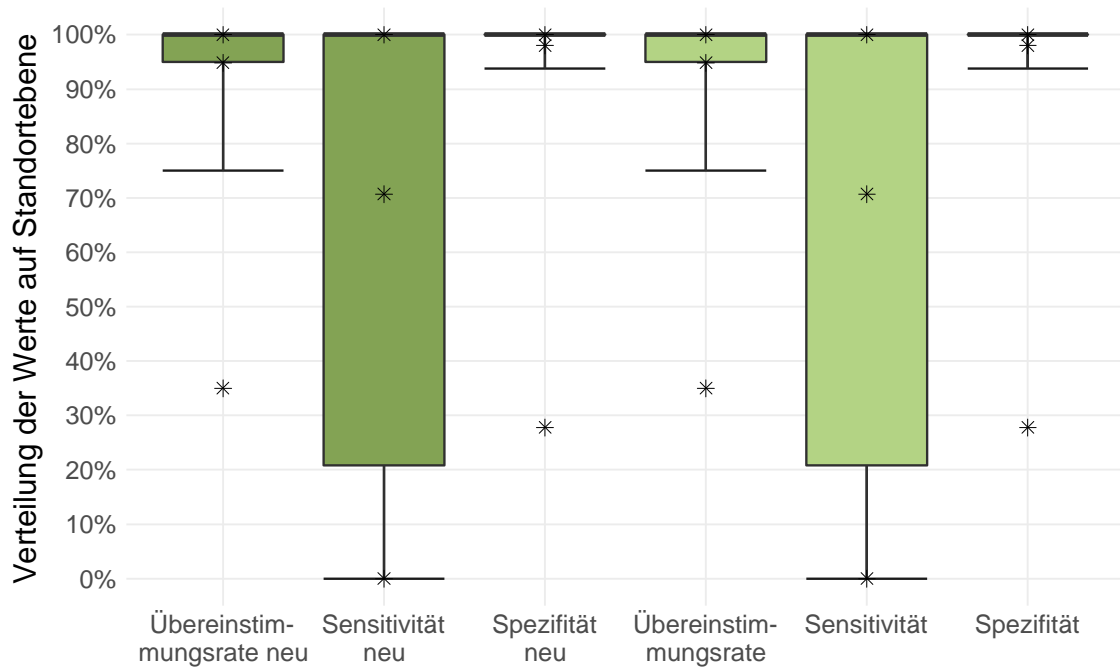


Abbildung 63: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (Intra- und postoperativ)

1.2.32 Datenfeld 79: Pneumonie

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	66 86,8 %	6 7,9 %	0 0,0 %	72 94,7 %
	1	1 1,3 %	2 2,6 %	0 0,0 %	3 3,9 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 1,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,3 %
	Gesamt	68 89,5 %	8 10,5 %	0 0,0 %	76 100,0 %

Abbildung 64: Kontingenztafel – Pneumonie

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	17,9 %	7 / 39	17,9 %	7 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	82,1 %	32 / 39	82,1 %	32 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	89,5 %	68 / 76	89,5 %	68 / 76
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10,5 %	8 / 76	10,5 %	8 / 76
Sensitivität	25,0 %	2 / 8	25,0 %	2 / 8
Spezifität	97,1 %	66 / 68	97,1 %	66 / 68
Positiv prädiktiver Wert	66,7 %	2 / 3	66,7 %	2 / 3
Negativ prädiktiver Wert	91,7 %	66 / 72	91,7 %	66 / 72

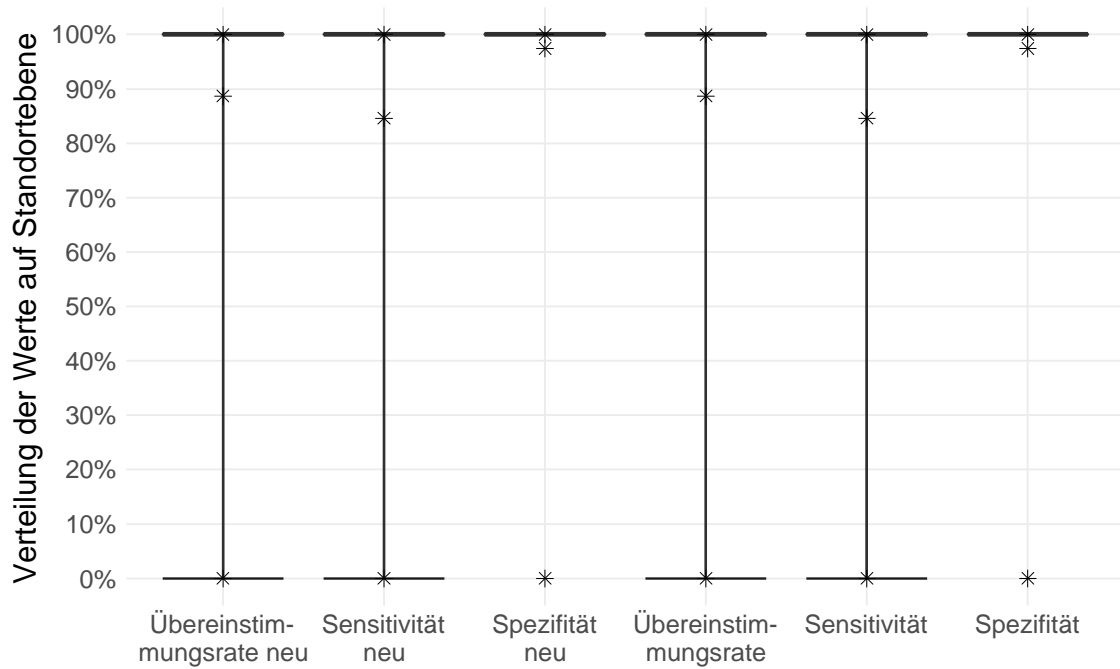


Abbildung 65: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Pneumonie

1.2.33 Datenfeld 80: Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	57 75,0%	9 11,8%	0 0,0%	66 86,8%
	1	0 0,0%	9 11,8%	0 0,0%	9 11,8%
	nicht in QS-Dokumentation	1 1,3%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,3%
	Gesamt	58 76,3%	18 23,7%	0 0,0%	76 100,0%

Abbildung 66: Kontingenztafel – behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	17,9 %	7 / 39	17,9 %	7 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	82,1 %	32 / 39	82,1 %	32 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	86,8 %	66 / 76	86,8 %	66 / 76
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13,2 %	10 / 76	13,2 %	10 / 76
Sensitivität	50,0 %	9 / 18	50,0 %	9 / 18
Spezifität	98,3 %	57 / 58	98,3 %	57 / 58
Positiv prädiktiver Wert	100 %	9 / 9	100 %	9 / 9
Negativ prädiktiver Wert	86,4 %	57 / 66	86,4 %	57 / 66

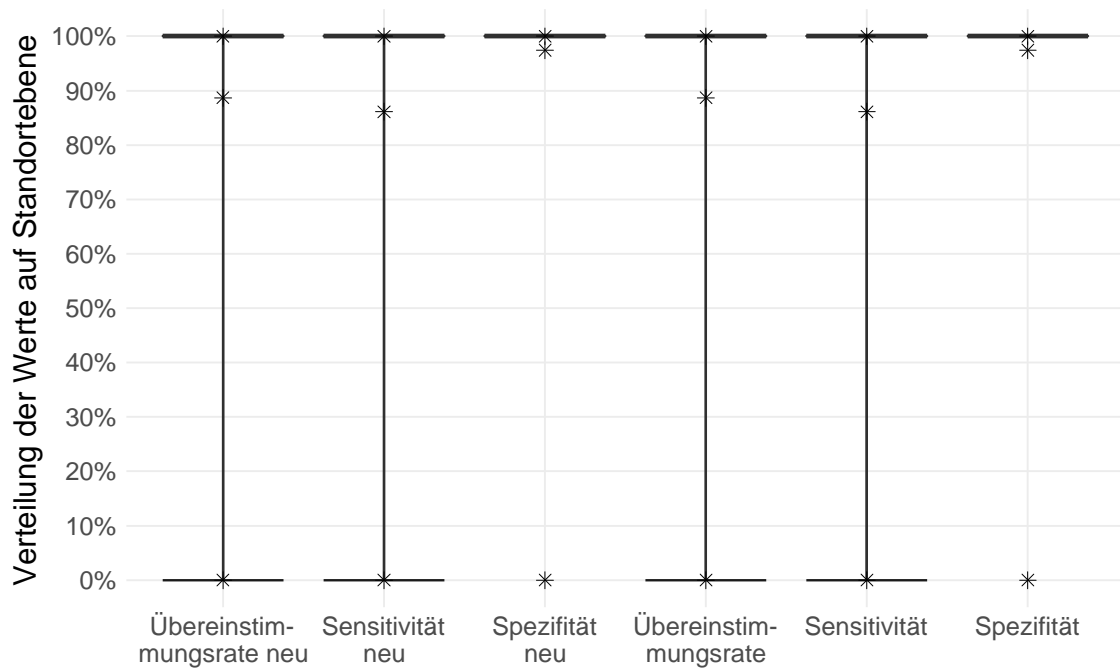


Abbildung 67: Verteilung der Übereinstimmungsraten – behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen

1.2.34 Datenfeld 81: Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	69 90,8%	5 6,6%	0 0,0%	74 97,4%
	1	0 0,0%	2 2,6%	0 0,0%	2 2,6%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	69 90,8%	7 9,2%	0 0,0%	76 100,0%

Abbildung 68: Kontingenztafel – tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10,3 %	4 / 39	10,3 %	4 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	89,7 %	35 / 39	89,7 %	35 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	93,4 %	71 / 76	93,4 %	71 / 76
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6,6 %	5 / 76	6,6 %	5 / 76
Sensitivität	28,6 %	2 / 7	28,6 %	2 / 7
Spezifität	100 %	69 / 69	100 %	69 / 69
Positiv prädiktiver Wert	100 %	2 / 2	100 %	2 / 2
Negativ prädiktiver Wert	93,2 %	69 / 74	93,2 %	69 / 74

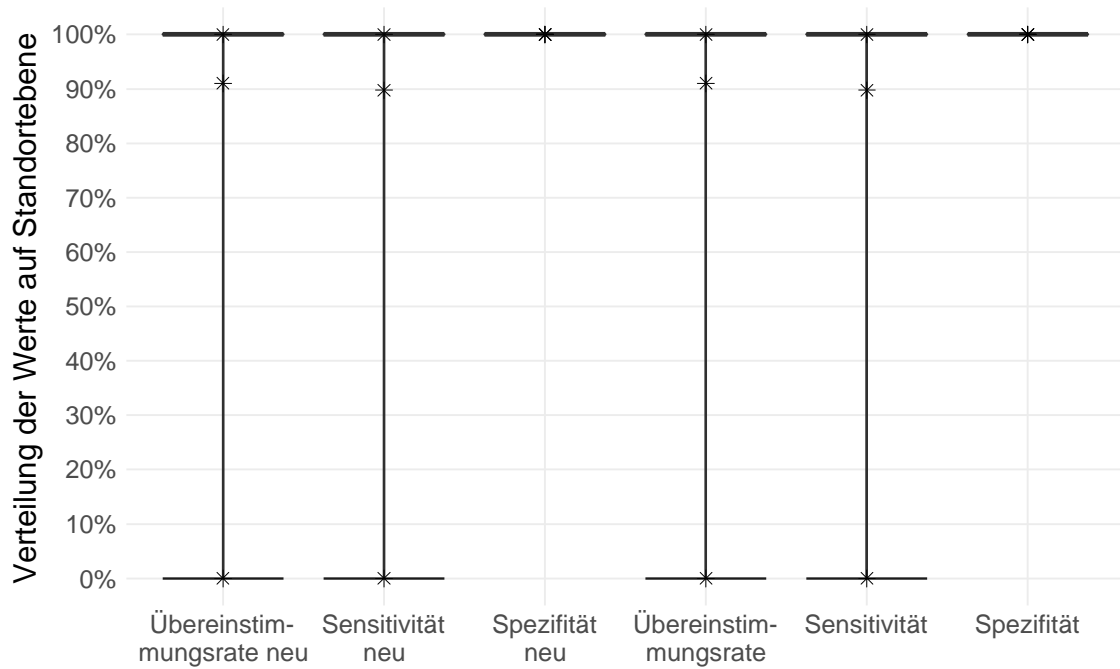


Abbildung 69: Verteilung der Übereinstimmungsraten – tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose

1.2.35 Datenfeld 82: Lungenembolie

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	71 93,4 %	2 2,6 %	0 0,0 %	73 96,1 %
	1	0 0,0 %	3 3,9 %	0 0,0 %	3 3,9 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	71 93,4 %	5 6,6 %	0 0,0 %	76 100,0 %

Abbildung 70: Kontingenztafel – Lungenembolie

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5,1 %	2 / 39	5,1 %	2 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	94,9 %	37 / 39	94,9 %	37 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,4 %	74 / 76	97,4 %	74 / 76
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,6 %	2 / 76	2,6 %	2 / 76
Sensitivität	60,0 %	3 / 5	60,0 %	3 / 5
Spezifität	100 %	71 / 71	100 %	71 / 71
Positiv prädiktiver Wert	100 %	3 / 3	100 %	3 / 3
Negativ prädiktiver Wert	97,3 %	71 / 73	97,3 %	71 / 73

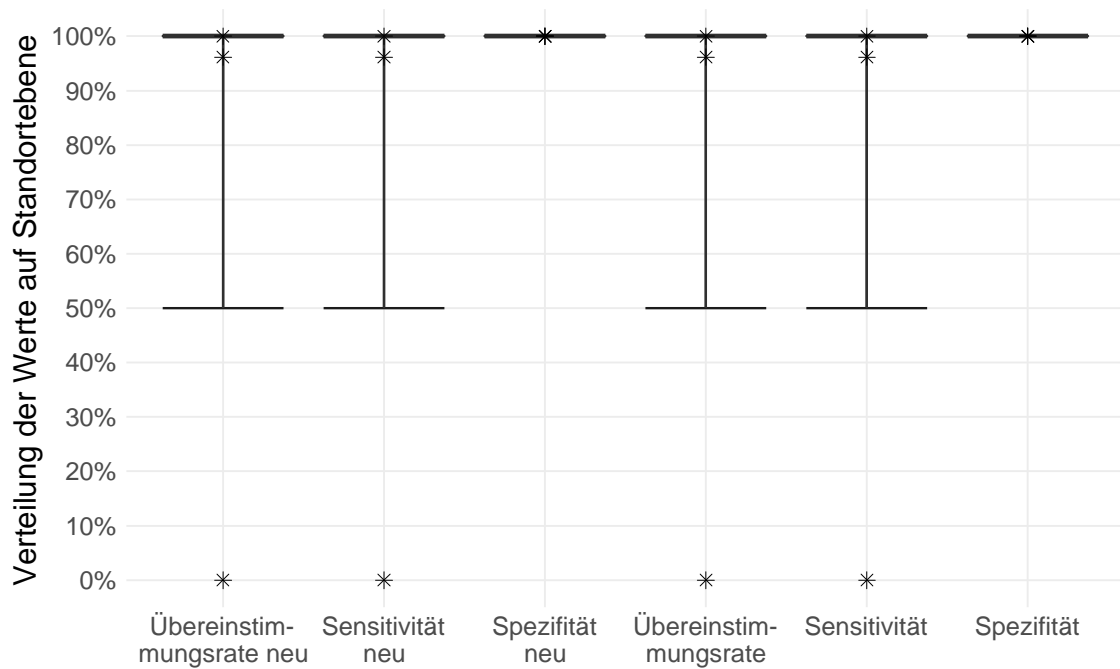


Abbildung 71: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Lungenembolie

1.2.36 Datenfeld 83: Postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	67 88,2 %	5 6,6 %	0 0,0 %	72 94,7 %
	1	0 0,0 %	3 3,9 %	0 0,0 %	3 3,9 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 1,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,3 %
	Gesamt	68 89,5 %	8 10,5 %	0 0,0 %	76 100,0 %

Abbildung 72: Kontingenztafel – postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10,3 %	4 / 39	10,3 %	4 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	89,7 %	35 / 39	89,7 %	35 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	92,1 %	70 / 76	92,1 %	70 / 76
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7,9 %	6 / 76	7,9 %	6 / 76
Sensitivität	37,5 %	3 / 8	37,5 %	3 / 8
Spezifität	98,5 %	67 / 68	98,5 %	67 / 68
Positiv prädiktiver Wert	100 %	3 / 3	100 %	3 / 3
Negativ prädiktiver Wert	93,1 %	67 / 72	93,1 %	67 / 72

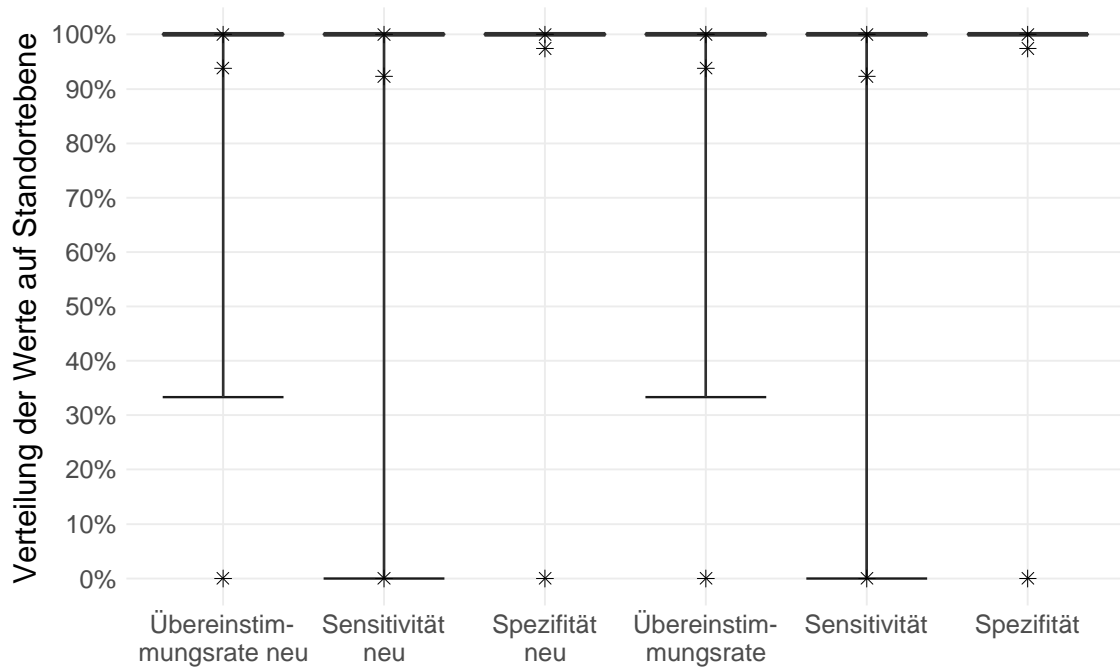


Abbildung 73: Verteilung der Übereinstimmungsraten – postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion

1.2.37 Datenfeld 84: Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	30 39,5 %	24 31,6 %	0 0,0 %	54 71,1 %
	1	1 1,3 %	19 25,0 %	0 0,0 %	20 26,3 %
	nicht in QS-Dokumentation	2 2,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 2,6 %
	Gesamt	33 43,4 %	43 56,6 %	0 0,0 %	76 100,0 %

Abbildung 74: Kontingenztafel – sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	38,5 %	15 / 39	38,5 %	15 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	61,5 %	24 / 39	61,5 %	24 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	38,5 %	15 / 39	38,5 %	15 / 39
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	61,5 %	24 / 39	61,5 %	24 / 39
Sensitivität	44,2 %	19 / 43	44,2 %	19 / 43
Spezifität	90,9 %	30 / 33	90,9 %	30 / 33
Positiv prädiktiver Wert	95,0 %	19 / 20	95,0 %	19 / 20
Negativ prädiktiver Wert	55,6 %	30 / 54	55,6 %	30 / 54

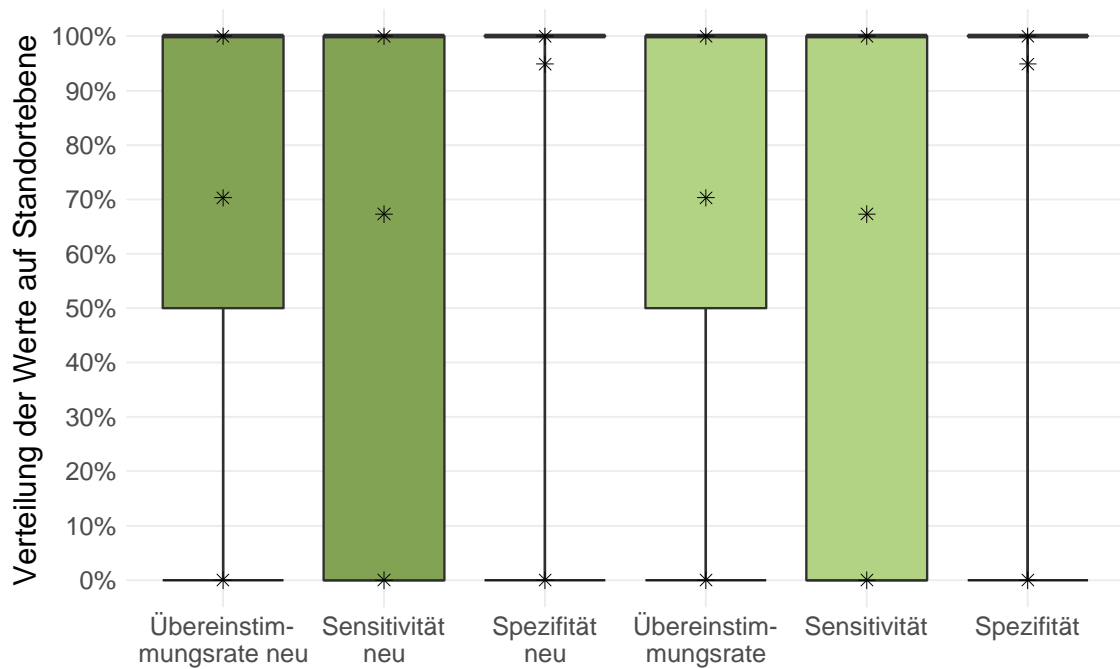


Abbildung 75: Verteilung der Übereinstimmungsraten – sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

1.2.38 Datenfeld 85: Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	11 0,9%	25 2,0%	1 0,1%	37 3,0%
	1	13 1,1%	1147 93,7%	27 2,2%	1187 97,0%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	24 2,0%	1172 95,8%	28 2,3%	1224 100,0%

Abbildung 76: Kontingenztafel – Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	2,3 %	28 / 1224	2,3 %	28 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	32,3 %	20 / 62	32,3 %	20 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	67,7 %	42 / 62	67,7 %	42 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	96,8 %	1158 / 1196	94,6 %	1158 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3,2 %	38 / 1196	3,1 %	38 / 1224
Sensitivität	97,9 %	1147 / 1172	97,9 %	1147 / 1172
Spezifität	45,8 %	11 / 24	45,8 %	11 / 24

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	98,9 %	1147 / 1160	96,6 %	1147 / 1187
Negativ prädiktiver Wert	30,6 %	11 / 36	29,7 %	11 / 37

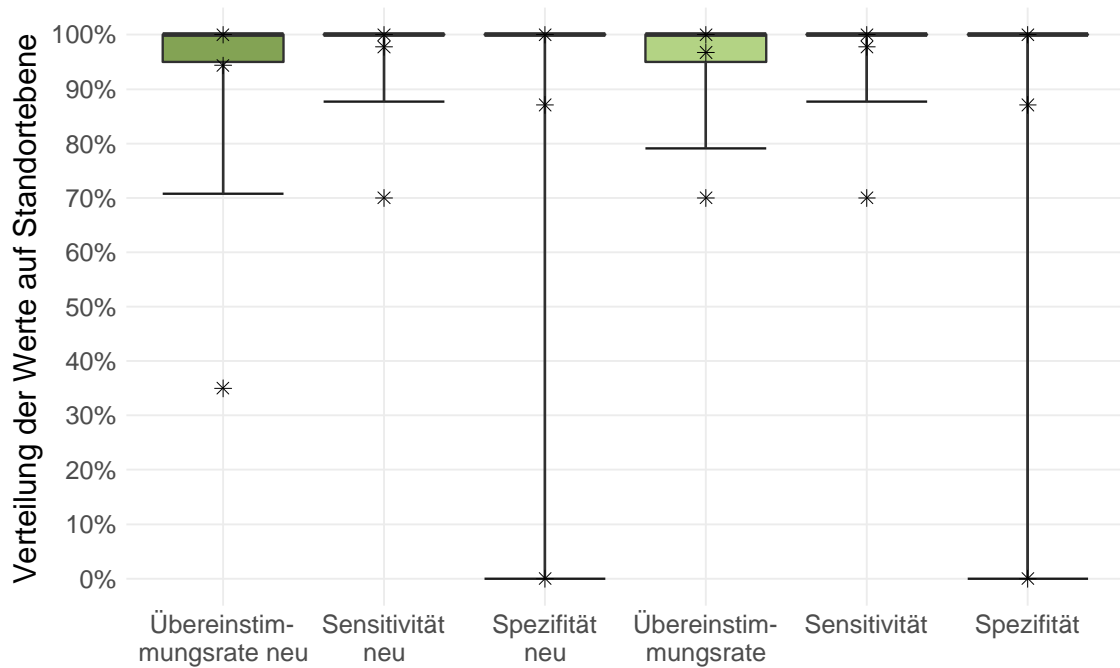


Abbildung 77: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt

1.2.39 Datenfeld 87: Extension/Flexion 2 bei Entlassung

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	27 2,3%	33 2,8%	1 0,1%	61 5,1%
	1	30 2,5%	1050 87,6%	58 4,8%	1138 94,9%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	57 4,8%	1083 90,3%	59 4,9%	1199 100,0%

Abbildung 78: Kontingenztafel – Extension/Flexion 2 bei Entlassung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1199	100 %	1199
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	4,9 %	59 / 1199	4,9 %	59 / 1199
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,0 %	31 / 62	50,0 %	31 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	50,0 %	31 / 62	50,0 %	31 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	94,5 %	1077 / 1140	89,8 %	1077 / 1199
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5,5 %	63 / 1140	5,3 %	63 / 1199
Sensitivität	97,0 %	1050 / 1083	97,0 %	1050 / 1083
Spezifität	47,4 %	27 / 57	47,4 %	27 / 57

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	97,2 %	1050 / 1080	92,3 %	1050 / 1138
Negativ prädiktiver Wert	45,0 %	27 / 60	44,3 %	27 / 61

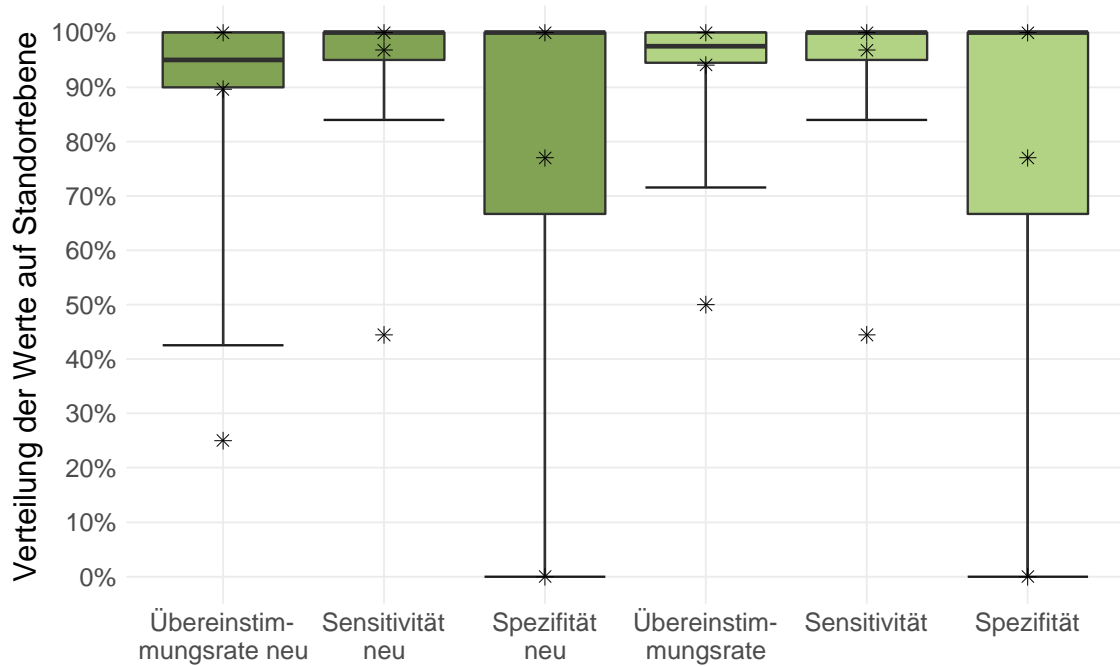


Abbildung 79: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Extension/Flexion 2 bei Entlassung

1.2.40 Datenfeld 88: Extension/Flexion 3 bei Entlassung

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	111 9,3 %	191 15,9 %	18 1,5 %	320 26,7 %
	1	83 6,9 %	772 64,4 %	24 2,0 %	879 73,3 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	194 16,2 %	963 80,3 %	42 3,5 %	1199 100,0 %

Abbildung 80: Kontingenztafel – Extension/Flexion 3 bei Entlassung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1199	100 %	1199
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	3,5 %	42 / 1199	3,5 %	42 / 1199
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	90,3 %	56 / 62	90,3 %	56 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9,7 %	6 / 62	9,7 %	6 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	76,3 %	883 / 1157	73,6 %	883 / 1199
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	23,7 %	274 / 1157	22,9 %	274 / 1199
Sensitivität	80,2 %	772 / 963	80,2 %	772 / 963
Spezifität	57,2 %	111 / 194	57,2 %	111 / 194
Positiv prädiktiver Wert	90,3 %	772 / 855	87,8 %	772 / 879
Negativ prädiktiver Wert	36,8 %	111 / 302	34,7 %	111 / 320

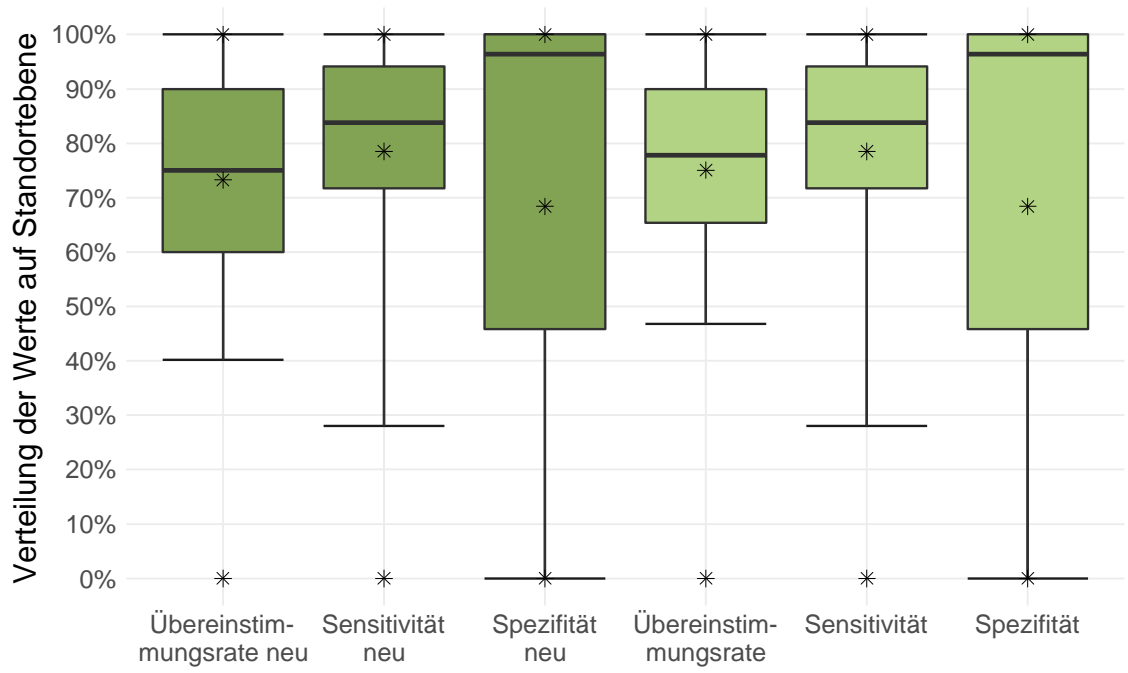


Abbildung 81: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Extension/Flexion 3 bei Entlassung

1.2.41 Datenfeld 89: Gehstrecke bei Entlassung

		Angaben in Patientenakte						
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	12 1,0%	15 1,2%	10 0,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	37 3,0%
	2	5 0,4%	309 25,4%	120 9,9%	1 0,1%	1 0,1%	27 2,2%	463 38,0%
	3	1 0,1%	88 7,2%	557 45,7%	8 0,7%	4 0,3%	29 2,4%	687 56,4%
	4	0 0,0%	0 0,0%	8 0,7%	15 1,2%	0 0,0%	1 0,1%	24 2,0%
	5	0 0,0%	0 0,0%	2 0,2%	3 0,2%	2 0,2%	0 0,0%	7 0,6%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	18 1,5%	412 33,8%	697 57,2%	27 2,2%	7 0,6%	57 4,7%	1218 100,0%

Abbildung 82: Kontingenztafel – Gehstrecke bei Entlassung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1218	100 %	1218
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	4,7 %	57 / 1218	4,7 %	57 / 1218
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	77,4 %	48 / 62	77,4 %	48 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	22,6 %	14 / 62	22,6 %	14 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	77,1 %	895 / 1161	73,5 %	895 / 1218
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	22,9 %	266 / 1161	21,8 %	266 / 1218

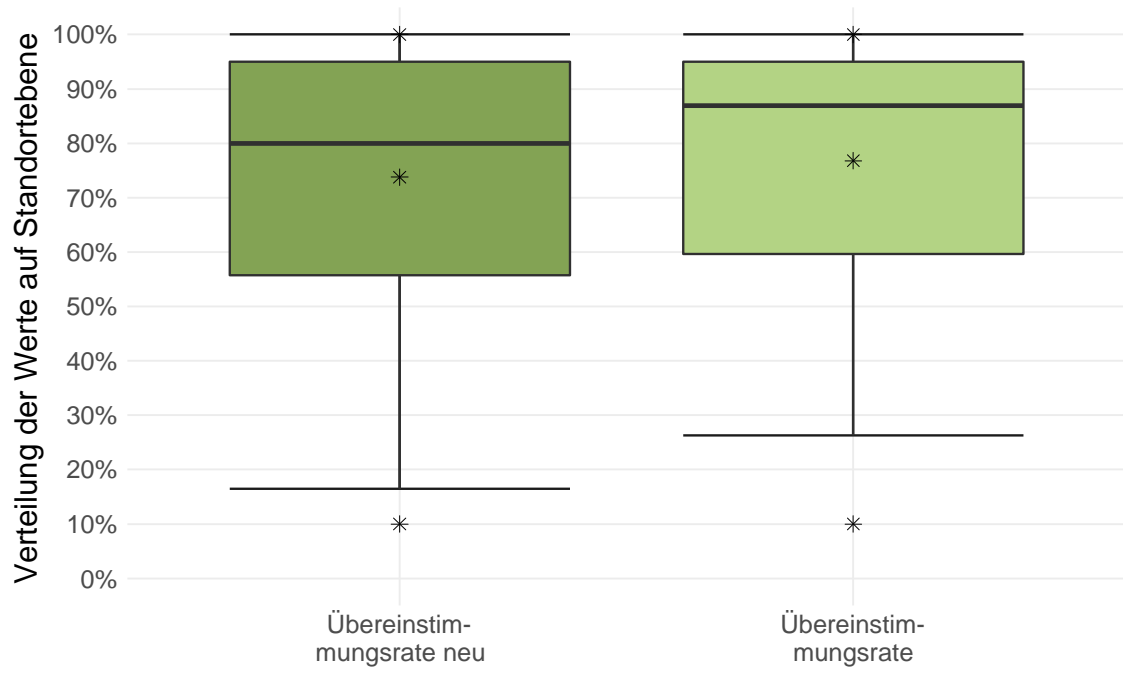


Abbildung 83: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Gehstrecke bei Entlassung

1.2.42 Datenfeld 90: Gehilfen bei Entlassung

		Angaben in Patientenakte							
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	0	0 0,0%	4 0,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 0,2%	7 0,6%	
	1	4 0,3%	1065 87,4%	18 1,5%	1 0,1%	0 0,0%	36 3,0%	1124 92,3%	
	2	0 0,0%	17 1,4%	52 4,3%	1 0,1%	0 0,0%	6 0,5%	76 6,2%	
	3	0 0,0%	2 0,2%	0 0,0%	3 0,2%	0 0,0%	0 0,0%	5 0,4%	
	4	0 0,0%	2 0,2%	1 0,1%	1 0,1%	1 0,1%	1 0,1%	6 0,5%	
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	
	Gesamt	4 0,3%	1090 89,5%	71 5,8%	6 0,5%	1 0,1%	46 3,8%	1218 100,0%	

Abbildung 84: Kontingenztabelle – Gehilfen bei Entlassung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1218	100 %	1218
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	3,8 %	46 / 1218	3,8 %	46 / 1218
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	43,5 %	27 / 62	43,5 %	27 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	56,5 %	35 / 62	56,5 %	35 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95,6 %	1121 / 1172	92,0 %	1121 / 1218
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,4 %	51 / 1172	4,2 %	51 / 1218

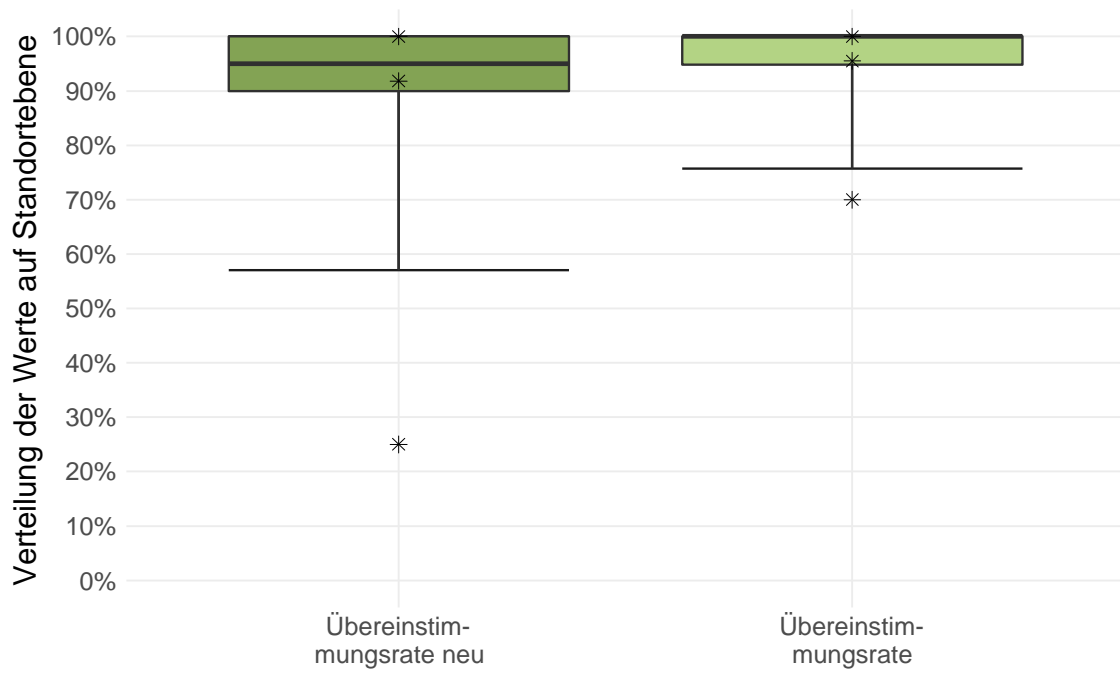


Abbildung 85: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Gehhilfen bei Entlassung

1.2.43 Datenfeld 92: Entlassungsgrund

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1220 99,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1220 99,7 %
	1	0 0,0 %	4 0,3 %	0 0,0 %	4 0,3 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1220 99,7 %	4 0,3 %	0 0,0 %	1224 100,0 %

Abbildung 86: Kontingenztafel – Entlassungsgrund

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 62	0 %	0 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	62 / 62	100 %	62 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	1224 / 1224	100 %	1224 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Sensitivität	100 %	4 / 4	100 %	4 / 4
Spezifität	100 %	1220 / 1220	100 %	1220 / 1220
Positiv prädiktiver Wert	100 %	4 / 4	100 %	4 / 4
Negativ prädiktiver Wert	100 %	1220 / 1220	100 %	1220 / 1220

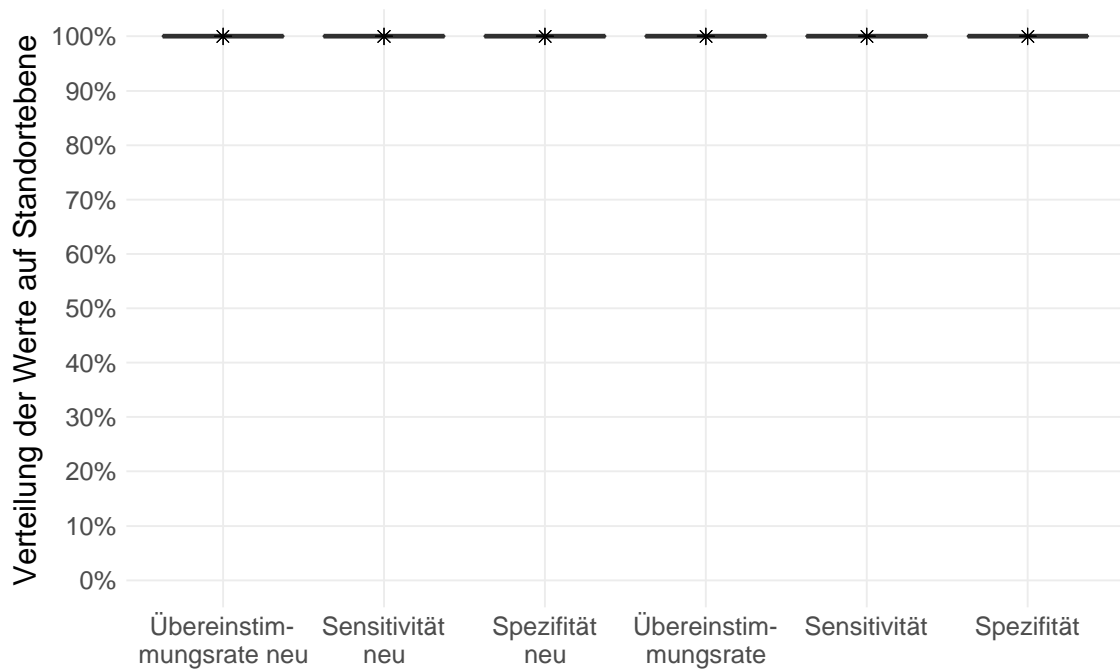


Abbildung 87: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Entlassungsgrund

1.2.44 Datenfeld: Aufnahmequartal

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3,2 %	2 / 62	3,2 %	2 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	96,8 %	60 / 62	96,8 %	60 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,8 %	1222 / 1224	99,8 %	1222 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0,2 %	2 / 1224	0,2 %	2 / 1224

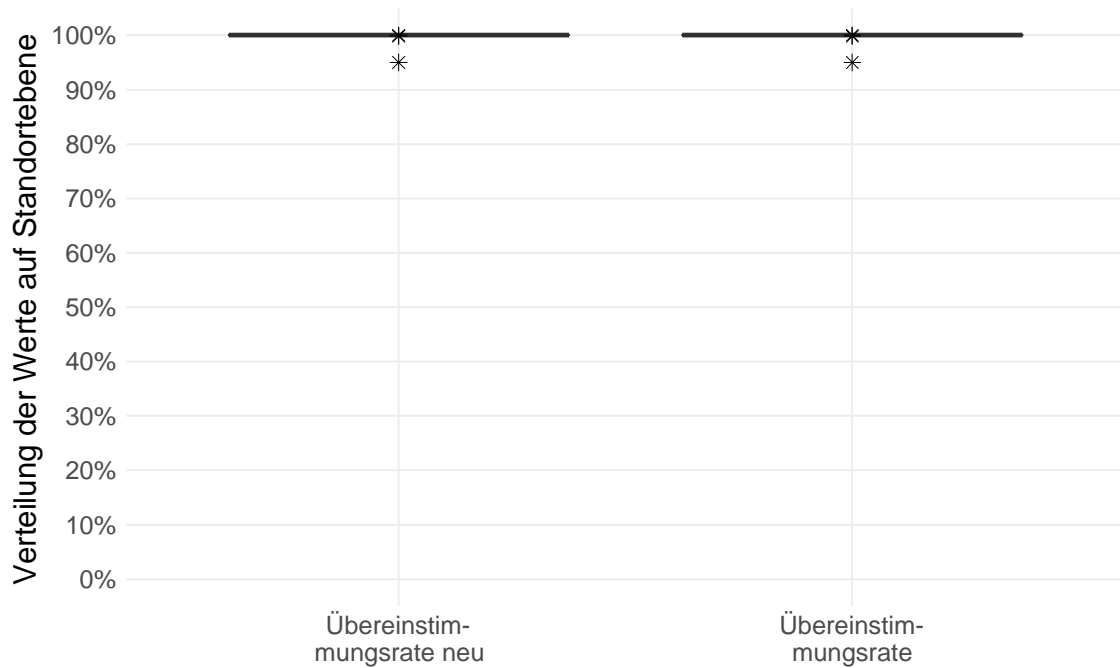


Abbildung 88: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Aufnahmequartal

1.2.45 Datenfeld: Geburtsjahr

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4,8 %	3 / 62	4,8 %	3 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	95,2 %	59 / 62	95,2 %	59 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,8 %	1221 / 1224	99,8 %	1221 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0,2 %	3 / 1224	0,2 %	3 / 1224

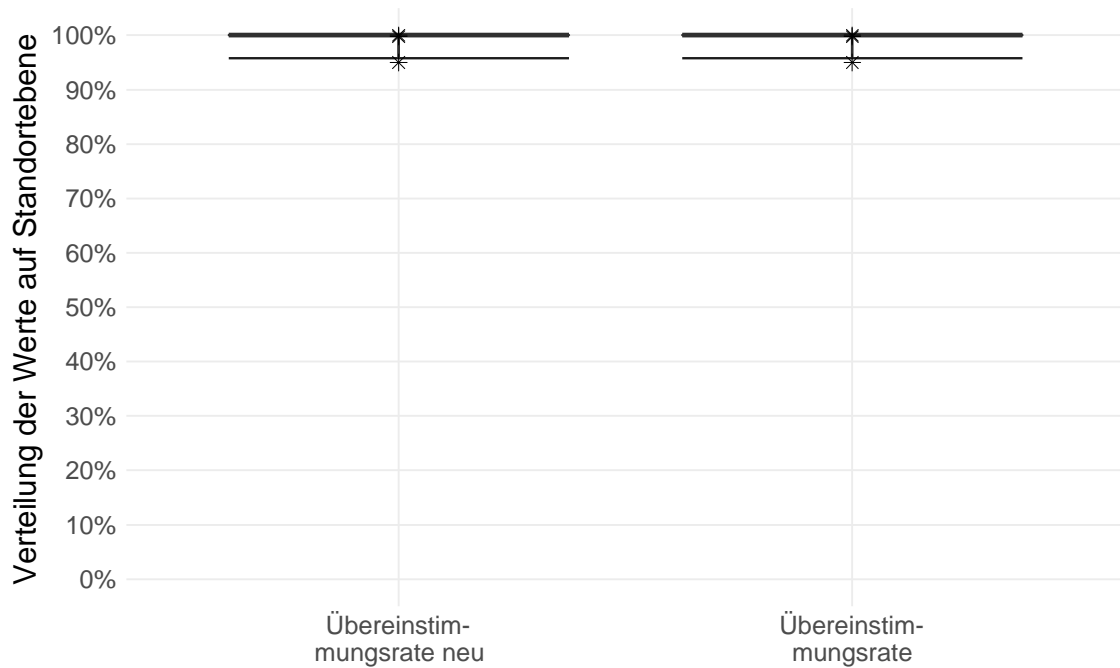


Abbildung 89: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Geburtsjahr

1.2.46 Datenfeld: OP-Datum

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersicht- lich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abwei- chungen	9,7 %	6 / 62	9,7 %	6 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Ab- weichungen	90,3 %	56 / 62	90,3 %	56 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS- Dokumentation	99,3 %	1215 / 1224	99,3 %	1215 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Doku- mentation	0,7 %	9 / 1224	0,7 %	9 / 1224

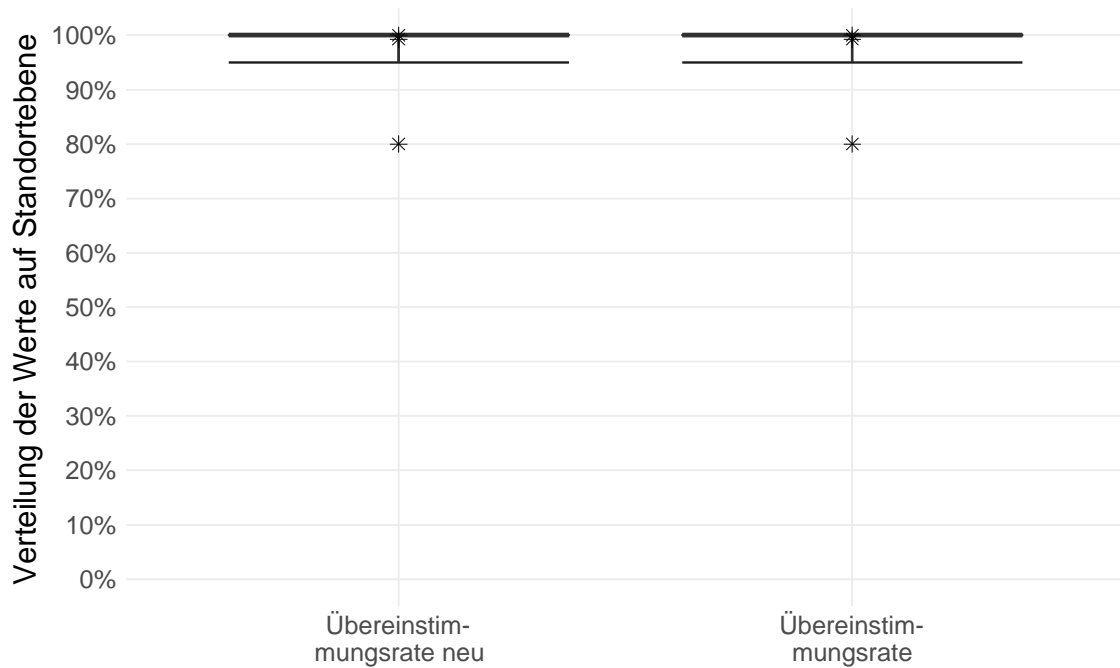


Abbildung 90: Verteilung der Übereinstimmungsrate – OP-Datum

2 Umfassende Datenvalidierung: Ambulant erworbene Pneumonie

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

811821: Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde

Zähler	Patienten, bei denen in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde.
Nenner	alle Patienten
Referenzbereich	≤ 30,0 %
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	10

AK 811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

Zähler	Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“
Nenner	alle Patienten ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung
Referenzbereich	≤ 22,36 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20

AK 811825: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Zähler	Alle Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht.
Nenner	alle Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme.
Referenzbereich	≤ 38,95 % (97. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20

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

Zähler	Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute.
Nenner	alle Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme
Referenzbereich	$\leq 27,85$ (97. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20

AK 811827: Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Zähler	Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 4 Stunden nach Aufnahme und später ODER Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb von 4 bis 8 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 8 Stunden und später nach Aufnahme.
Nenner	alle Patienten
Referenzbereich	$\leq 10,0 \%$
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20

2.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
811821	1.365	19	1,4	0	0	1	5,3	18	94,7	0	0	0	0	0	0	0	0
811822	1.343	65	4,8	0	0	9	13,8	56	86,2	0	0	0	0	0	0	2	3,1
811825	1.321	42	3,2	0	0	21	50,0	21	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
811826	1.312	37	2,8	0	0	2	5,4	35	94,6	0	0	0	0	0	0	3	8,1
811827	1.345	8	0,6	0	0	3	37,5	5	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	6.686	171	2,6	0	0	36	21,1	135	78,9	0	0	0	0	0	0	5	2,9

2.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme						
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	29	17,0	0	0	0	0	29	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	19	11,1	0	0	7	36,8	12	63,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	5	2,9	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	3	1,8	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	11	6,4	0	0	5	45,5	6	54,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	16	9,4	0	0	0	0	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	0,6	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	7	4,1	0	0	0	0	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	47	27,5	0	0	18	38,3	29	61,7	0	0	0	0	0	0	5	10,6
Rheinland-Pfalz	10	5,8	0	0	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	3	1,8	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	7	4,1	0	0	0	0	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	6	3,5	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	4	2,3	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	3	1,8	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	171	100	0	0	36	21,0	135	79,1	0	0	0	0	0	0	5	2,9

2.1.3 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
811821	19	12	63,2	0	0	4	21,1	0	0	1	5,3	0	0	1	5,3
811822	65	36	55,4	1	1,5	17	26,2	0	0	0	0	0	0	2	3,1
811825	42	6	14,3	0	0	12	28,6	0	0	1	2,4	0	0	2	4,8
811826	37	20	54,1	0	0	14	37,8	0	0	0	0	0	0	1	2,7
811827	8	0	0	0	0	2	25	0	0	1	12,5	0	0	2	25
Gesamt	171	74	43,3	1	0,6	49	28,7	0	0	3	1,8	0	0	8	4,7

2.1.4 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	29	17	58,6	0	0	11	37,9	0	0	0	0	0	0	1	3,4
Baden-Württemberg	19	6	31,6	0	0	6	31,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	5	3	60	0	0	0	0	0	0	2	40,0	0	0	0	0
Brandenburg	3	2	66,7	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hamburg	11	6	54,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	16	6	37,5	0	0	5	31,3	0	0	0	0	0	0	5	31,3
Mecklenburg-Vorpommern	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	7	3	42,9	0	0	4	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	47	20	42,6	0	0	8	17	0	0	0	0	0	0	1	2,1
Rheinland-Pfalz	10	3	30	0	0	6	60	0	0	0	0	0	0	1	10,0
Saarland	3	1	33,3	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	7	3	42,9	1	14,3	2	28,6	0	0	1	14,3	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	4	1	25	0	0	3	75	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	3	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	171	74	43,3	1	0,6	49	28,7	0	0	3	1,8	0	0	8	4,7

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

2.2.1 Datenfeld 7: Geschlecht

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	840 58,3 %	0 0,0 %	3 0,2 %	843 58,5 %
	2	1 0,1 %	593 41,2 %	3 0,2 %	597 41,5 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	841 58,4 %	593 41,2 %	6 0,4 %	1440 100,0 %

Abbildung 91: Kontingenztafel – Geschlecht

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,4 %	6 / 1440	0,4 %	6 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1,3 %	1 / 76	1,3 %	1 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	98,7 %	75 / 76	98,7 %	75 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,9 %	1433 / 1434	99,5 %	1433 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0,1 %	1 / 1434	0,1 %	1 / 1440
Sensitivität	100 %	593 / 593	100 %	593 / 593

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Spezifität	99,9 %	840 / 841	99,9 %	840 / 841
Positiv prädiktiver Wert	99,8 %	593 / 594	99,3 %	593 / 597
Negativ prädiktiver Wert	100 %	840 / 840	99,6 %	840 / 843

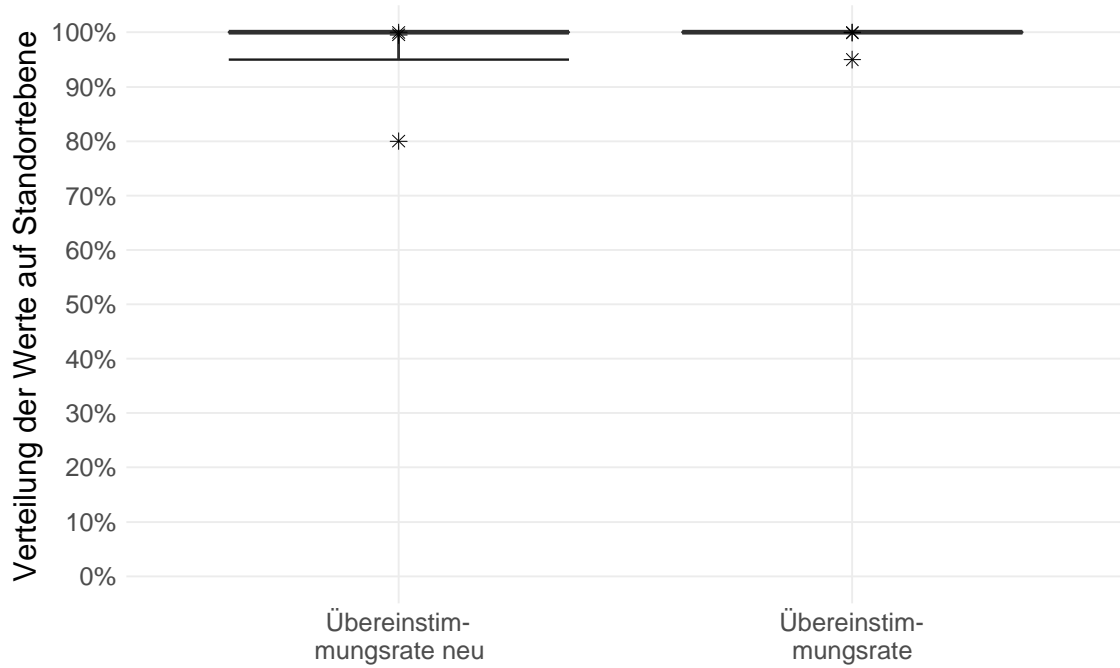


Abbildung 92: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Geschlecht

2.2.2 Datenfeld 9: Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1099 76,3 %	41 2,8 %	7 0,5 %	1147 79,7 %
	1	16 1,1 %	275 19,1 %	2 0,1 %	293 20,3 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1115 77,4 %	316 21,9 %	9 0,6 %	1440 100,0 %

Abbildung 93: Kontingenztafel – Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,6 %	9 / 1440	0,6 %	9 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	48,7 %	37 / 76	48,7 %	37 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	51,3 %	39 / 76	51,3 %	39 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	96,0 %	1374 / 1431	95,4 %	1374 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,0 %	57 / 1431	4,0 %	57 / 1440
Sensitivität	87,0 %	275 / 316	87,0 %	275 / 316

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Spezifität	98,6 %	1099 / 1115	98,6 %	1099 / 1115
Positiv prädiktiver Wert	94,5 %	275 / 291	93,9 %	275 / 293
Negativ prädiktiver Wert	96,4 %	1099 / 1140	95,8 %	1099 / 1147

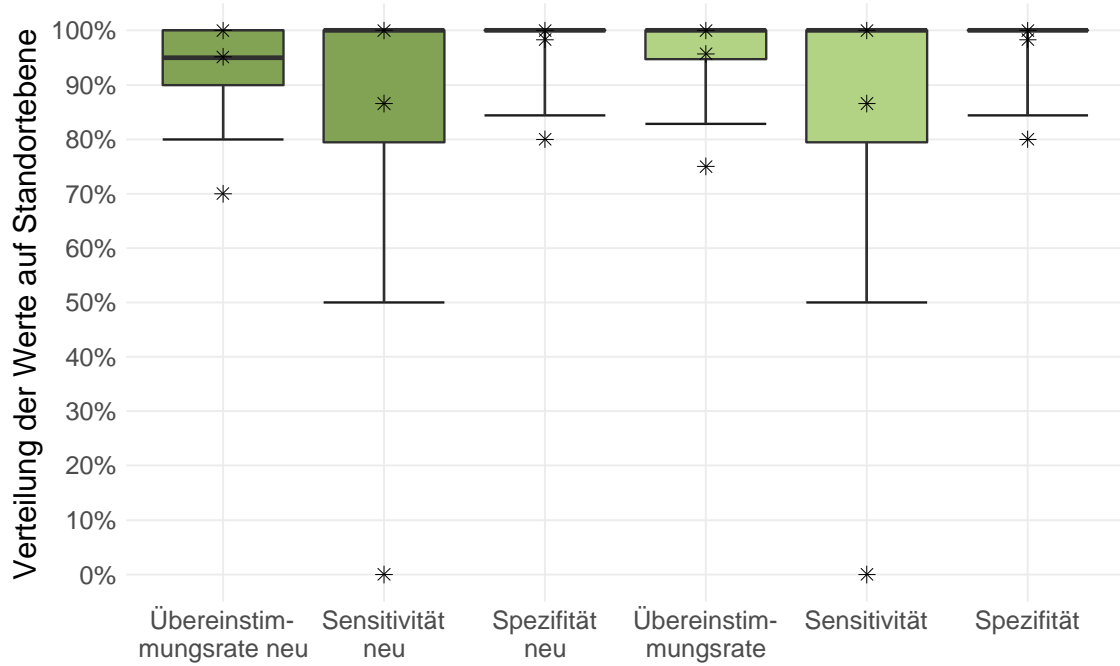


Abbildung 94: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung

2.2.3 Datenfeld 10: Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1345 93,4 %	11 0,8 %	7 0,5 %	1363 94,7 %
	1	12 0,8 %	65 4,5 %	0 0,0 %	77 5,3 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1357 94,2 %	76 5,3 %	7 0,5 %	1440 100,0 %

Abbildung 95: Kontingenztafel – Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,5 %	7 / 1440	0,5 %	7 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	19,7 %	15 / 76	19,7 %	15 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	80,3 %	61 / 76	80,3 %	61 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98,4 %	1410 / 1433	97,9 %	1410 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1,6 %	23 / 1433	1,6 %	23 / 1440
Sensitivität	85,5 %	65 / 76	85,5 %	65 / 76
Spezifität	99,1 %	1345 / 1357	99,1 %	1345 / 1357

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	84,4 %	65 / 77	84,4 %	65 / 77
Negativ prädiktiver Wert	99,2 %	1345 / 1356	98,7 %	1345 / 1363

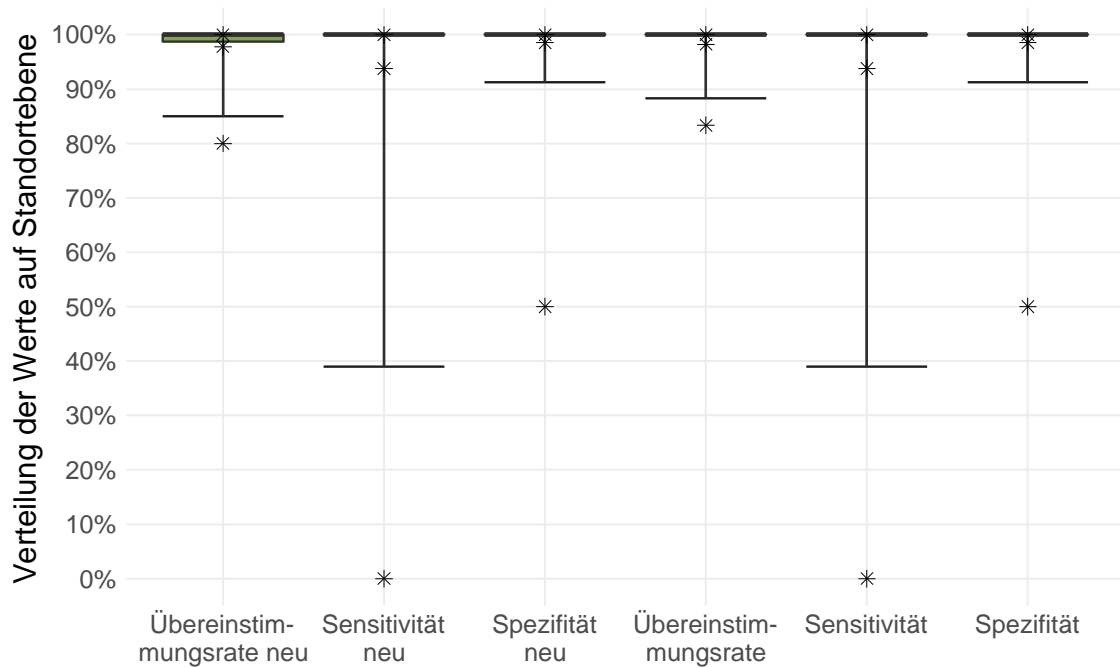


Abbildung 96: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung

2.2.4 Datenfeld 11: Chronische Bettlägerigkeit

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1126 78,2 %	24 1,7 %	9 0,6 %	1159 80,5 %
	1	49 3,4 %	223 15,5 %	9 0,6 %	281 19,5 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1175 81,6 %	247 17,2 %	18 1,3 %	1440 100,0 %

Abbildung 97: Kontingenztafel – chronische Bettlägerigkeit

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,3 %	18 / 1440	1,3 %	18 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	47,4 %	36 / 76	47,4 %	36 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	52,6 %	40 / 76	52,6 %	40 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	94,9 %	1349 / 1422	93,7 %	1349 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5,1 %	73 / 1422	5,1 %	73 / 1440
Sensitivität	90,3 %	223 / 247	90,3 %	223 / 247
Spezifität	95,8 %	1126 / 1175	95,8 %	1126 / 1175
Positiv prädiktiver Wert	82,0 %	223 / 272	79,4 %	223 / 281
Negativ prädiktiver Wert	97,9 %	1126 / 1150	97,2 %	1126 / 1159

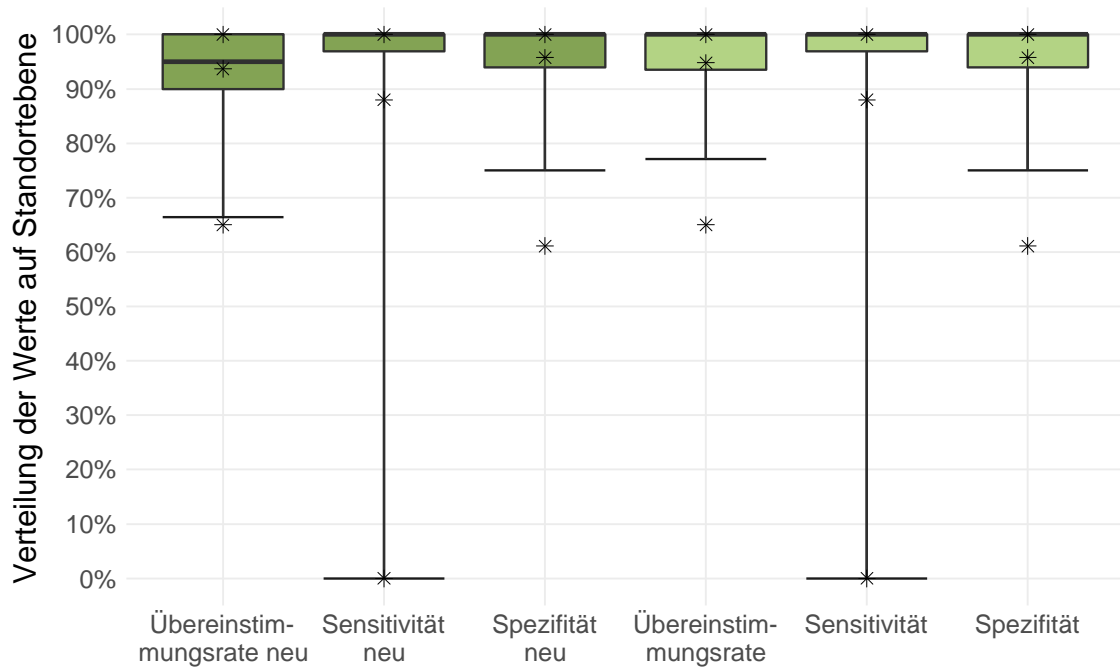


Abbildung 98: Verteilung der Übereinstimmungsrate – chronische Bettlägerigkeit

2.2.5 Datenfeld 12: Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1414 98,2 %	0 0,0 %	6 0,4 %	1420 98,6 %
	1	7 0,5 %	13 0,9 %	0 0,0 %	20 1,4 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1421 98,7 %	13 0,9 %	6 0,4 %	1440 100,0 %

Abbildung 99: Kontingenztafel – bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,4 %	6 / 1440	0,4 %	6 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7,9 %	6 / 76	7,9 %	6 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	92,1 %	70 / 76	92,1 %	70 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,5 %	1427 / 1434	99,1 %	1427 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0,5 %	7 / 1434	0,5 %	7 / 1440
Sensitivität	100 %	13 / 13	100 %	13 / 13
Spezifität	99,5 %	1414 / 1421	99,5 %	1414 / 1421
Positiv prädiktiver Wert	65,0 %	13 / 20	65,0 %	13 / 20
Negativ prädiktiver Wert	100 %	1414 / 1414	99,6 %	1414 / 1420

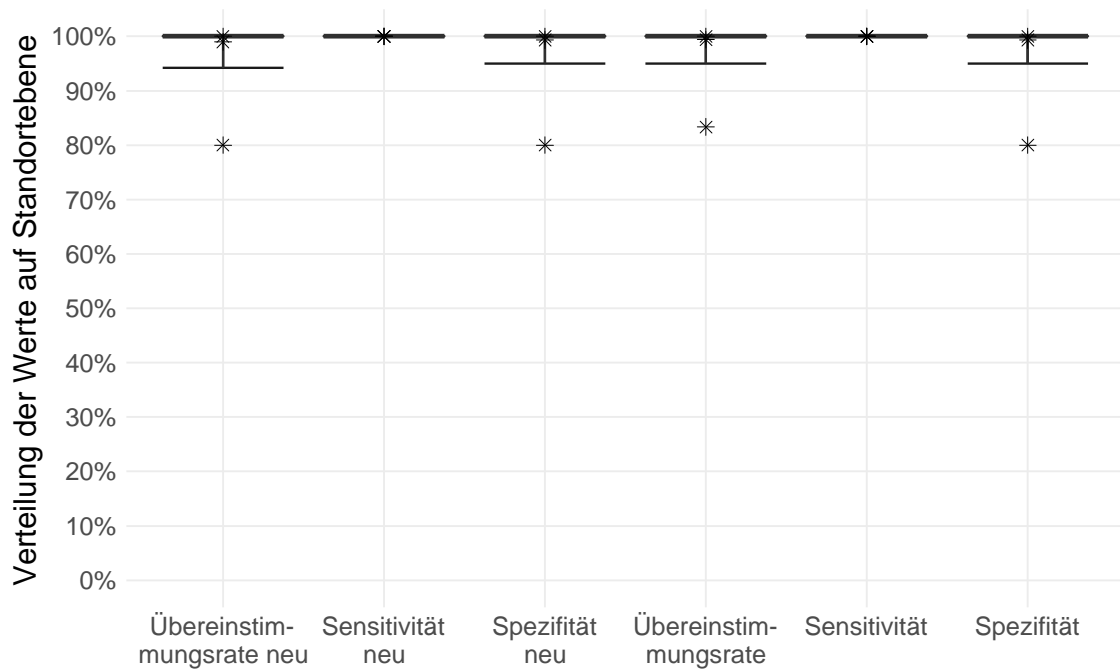


Abbildung 100: Verteilung der Übereinstimmungsraten – bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung

2.2.6 Datenfeld 13: Desorientierung

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	896 62,8 %	16 1,1 %	33 2,3 %	8 0,6 %	953 66,8 %
	1	15 1,1 %	69 4,8 %	16 1,1 %	8 0,6 %	108 7,6 %
	2	17 1,2 %	8 0,6 %	329 23,1 %	5 0,4 %	359 25,2 %
	nicht in QS-Dokumentation	4 0,3 %	0 0,0 %	3 0,2 %	0 0,0 %	7 0,5 %
	Gesamt	932 65,3 %	93 6,5 %	381 26,7 %	21 1,5 %	1427 100,0 %

Abbildung 101: Kontingenztafel – Desorientierung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1427	100 %	1427
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,5 %	21 / 1427	1,5 %	21 / 1427
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	67,1 %	51 / 76	67,1 %	51 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32,9 %	25 / 76	32,9 %	25 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	92,0 %	1294 / 1406	90,7 %	1294 / 1427
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8,0 %	112 / 1406	7,8 %	112 / 1427

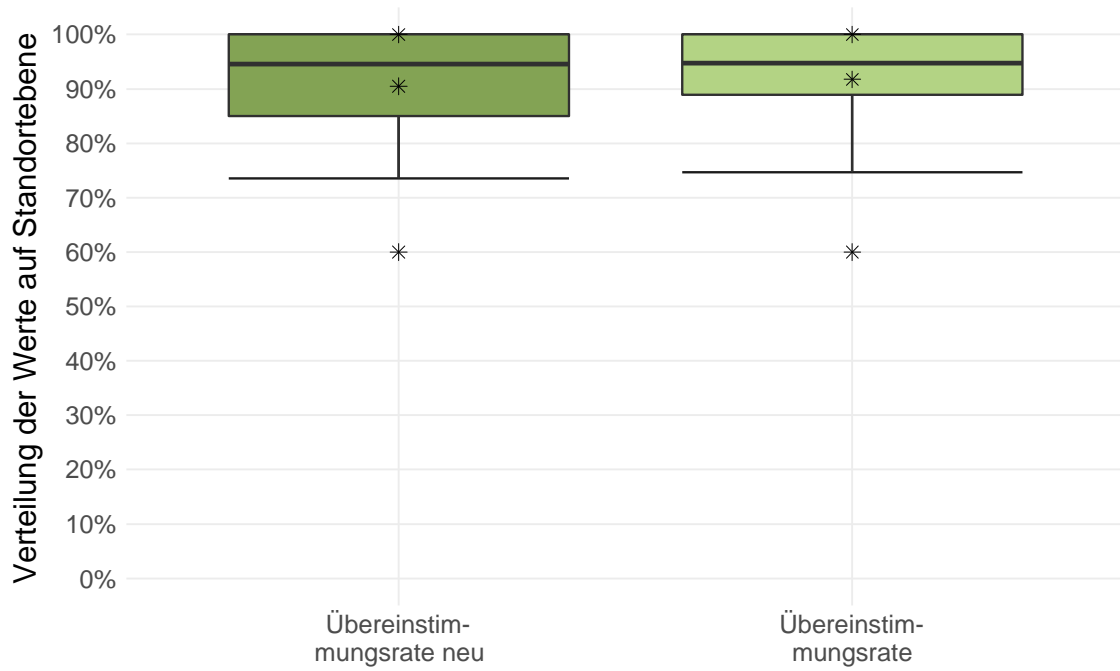


Abbildung 102: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Desorientierung

2.2.7 Datenfeld 15: Spontane Atemfrequenz nicht bestimmt

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1245 87,2 %	137 9,6 %	7 0,5 %	1389 97,3 %
	1	9 0,6 %	29 2,0 %	0 0,0 %	38 2,7 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1254 87,9 %	166 11,6 %	7 0,5 %	1427 100,0 %

Abbildung 103: Kontingenztafel – spontane Atemfrequenz nicht bestimmt

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1427	100 %	1427
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,5 %	7 / 1427	0,5 %	7 / 1427
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	53,9 %	41 / 76	53,9 %	41 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	46,1 %	35 / 76	46,1 %	35 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	89,7 %	1274 / 1420	89,3 %	1274 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10,3 %	146 / 1420	10,2 %	146 / 1440
Sensitivität	17,5 %	29 / 166	17,5 %	29 / 13
Spezifität	99,3 %	1245 / 1254	99,3 %	1245 / 1421
Positiv prädiktiver Wert	76,3 %	29 / 38	76,3 %	29 / 20
Negativ prädiktiver Wert	90,1 %	1245 / 1382	89,6 %	1245 / 1420

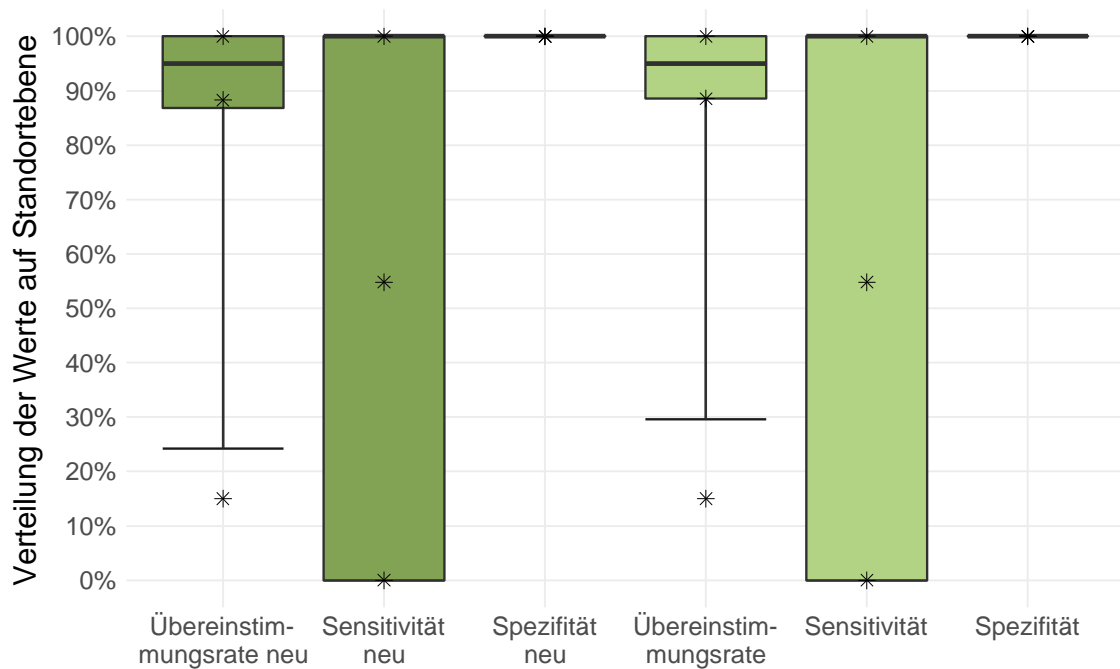


Abbildung 104: Verteilung der Übereinstimmungsraten – spontane Atemfrequenz nicht bestimmt

2.2.8 Datenfeld 22: Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

		Angaben in Patientenakte					
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	7 0,5 %	3 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	10 0,7 %
	1	6 0,4 %	1362 94,6 %	6 0,4 %	20 1,4 %	16 1,1 %	1410 97,9 %
	2	1 0,1 %	5 0,3 %	4 0,3 %	1 0,1 %	0 0,0 %	11 0,8 %
	3	0 0,0 %	4 0,3 %	1 0,1 %	3 0,2 %	1 0,1 %	9 0,6 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	14 1,0 %	1374 95,4 %	11 0,8 %	24 1,7 %	17 1,2 %	1440 100,0 %

Abbildung 105: Kontingenztafel – Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,2 %	17 / 1440	1,2 %	17 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	32,9 %	25 / 76	32,9 %	25 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	67,1 %	51 / 76	67,1 %	51 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	96,7 %	1376 / 1423	95,6 %	1376 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3,3 %	47 / 1423	3,3 %	47 / 1440

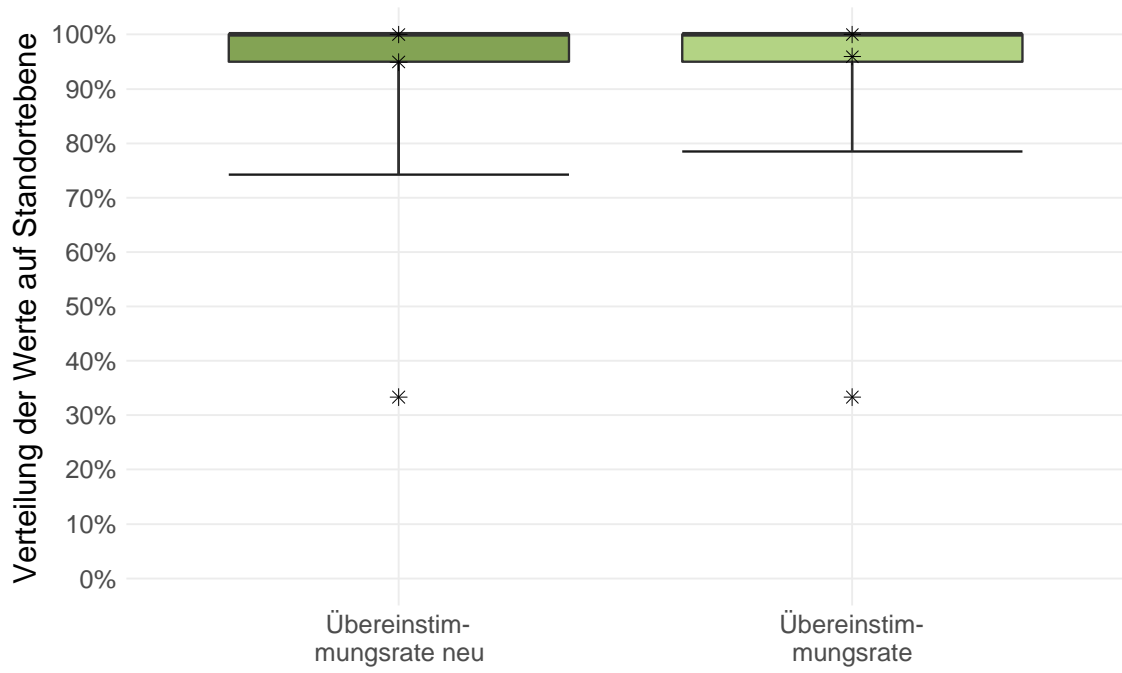


Abbildung 106: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Puls-oxymetrie

2.2.9 Datenfeld 23: Initiale antimikrobielle Therapie

		Angaben in Patientenakte						
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	10 0,7%	4 0,3%	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	15 1,0%
	1	8 0,6%	1092 75,8%	60 4,2%	72 5,0%	55 3,8%	23 1,6%	1310 91,0%
	2	0 0,0%	8 0,6%	25 1,7%	8 0,6%	2 0,1%	4 0,3%	47 3,3%
	3	2 0,1%	2 0,1%	0 0,0%	32 2,2%	0 0,0%	1 0,1%	37 2,6%
	4	0 0,0%	3 0,2%	0 0,0%	2 0,1%	26 1,8%	0 0,0%	31 2,2%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	20 1,4%	1109 77,0%	86 6,0%	114 7,9%	83 5,8%	28 1,9%	1440 100,0%

Abbildung 107: Kontingenztafel – initiale antimikrobielle Therapie

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,9 %	28 / 1440	1,9 %	28 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	69,7 %	53 / 76	69,7 %	53 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	30,3 %	23 / 76	30,3 %	23 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	83,9 %	1185 / 1412	82,3 %	1185 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	16,1 %	227 / 1412	15,8 %	227 / 1440

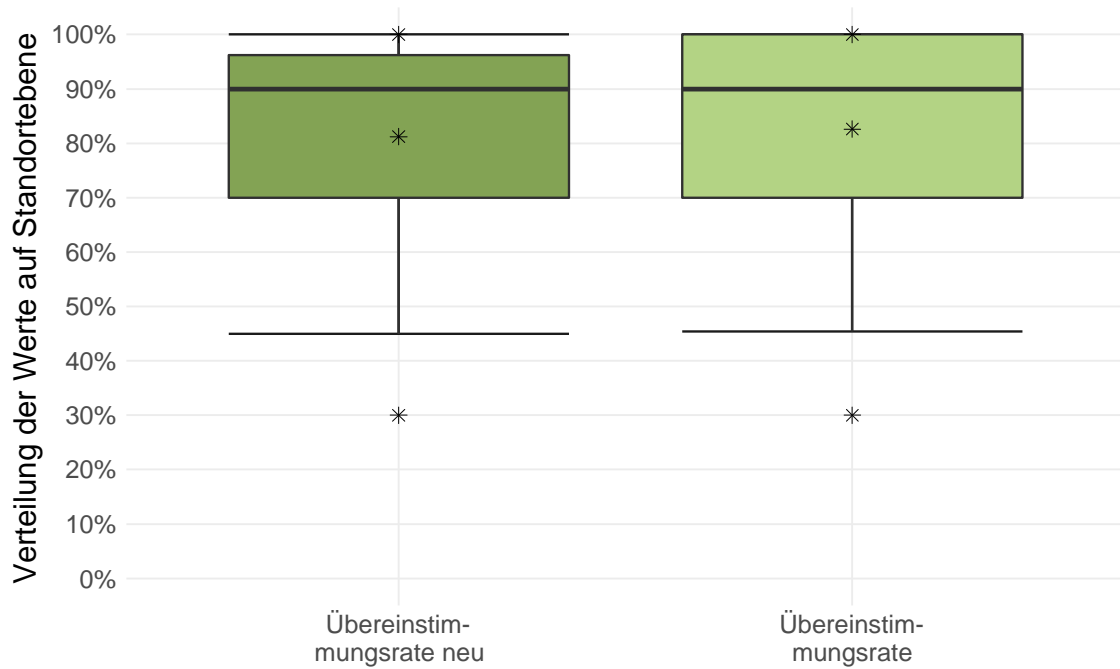


Abbildung 108: Verteilung der Übereinstimmungsrate – initiale antimikrobielle Therapie

2.2.10 Datenfeld 24: Beginn der Mobilisation

		Angaben in Patientenakte					
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
Angaben in QS-Dokumentation	0	155 10,8 %	16 1,1 %	7 0,5 %	2 0,1 %	180 12,5 %	
	1	119 8,3 %	984 68,3 %	48 3,3 %	47 3,3 %	1198 83,2 %	
	2	7 0,5 %	9 0,6 %	42 2,9 %	4 0,3 %	62 4,3 %	
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	
	Gesamt	281 19,5 %	1009 70,1 %	97 6,7 %	53 3,7 %	1440 100,0 %	

Abbildung 109: Kontingenztafel – Beginn der Mobilisation

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	3,7 %	53 / 1440	3,7 %	53 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	73,7 %	56 / 76	73,7 %	56 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	26,3 %	20 / 76	26,3 %	20 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	85,1 %	1181 / 1387	82,0 %	1181 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	14,9 %	206 / 1387	14,3 %	206 / 1440

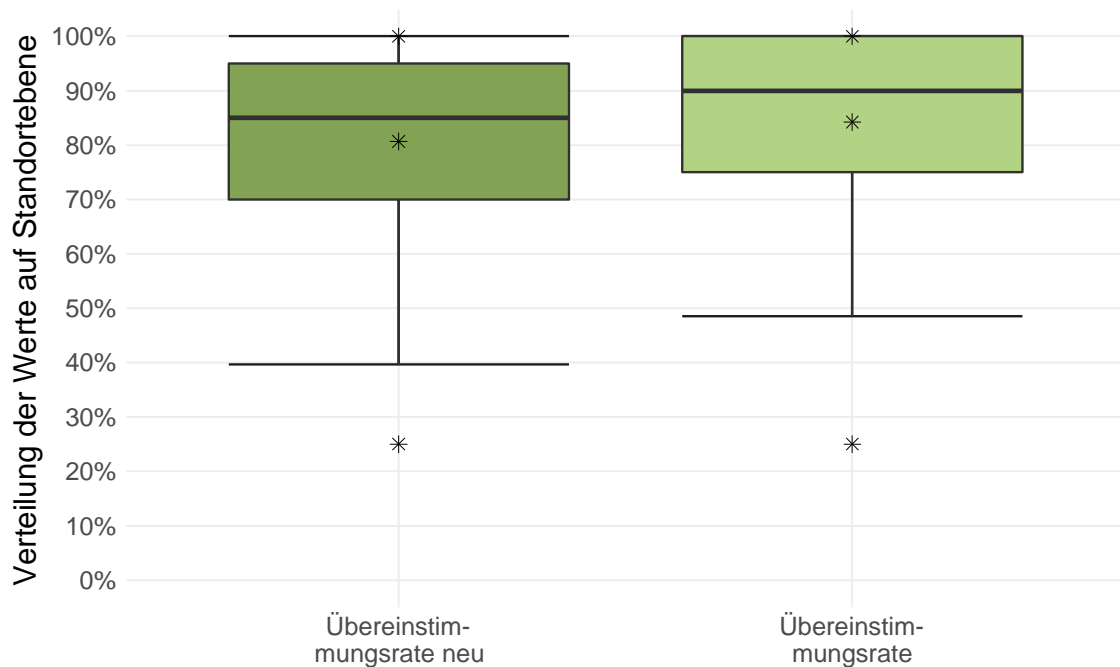


Abbildung 110: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Beginn der Mobilisation

2.2.11 Datenfeld 28: Maschinelle Beatmung

		Angaben in Patientenakte					
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1304 90,6 %	11 0,8 %	1 0,1 %	1 0,1 %	6 0,4 %	1323 91,9 %
	1	8 0,6 %	43 3,0 %	2 0,1 %	2 0,1 %	0 0,0 %	55 3,8 %
	2	2 0,1 %	0 0,0 %	23 1,6 %	1 0,1 %	0 0,0 %	26 1,8 %
	3	0 0,0 %	2 0,1 %	0 0,0 %	34 2,4 %	0 0,0 %	36 2,5 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1314 91,3 %	56 3,9 %	26 1,8 %	38 2,6 %	6 0,4 %	1440 100,0 %

Abbildung 111: Kontingenztafel – maschinelle Beatmung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,4 %	6 / 1440	0,4 %	6 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	30,3 %	23 / 76	30,3 %	23 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	69,7 %	53 / 76	69,7 %	53 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,9 %	1404 / 1434	97,5 %	1404 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,1 %	30 / 1434	2,1 %	30 / 1440

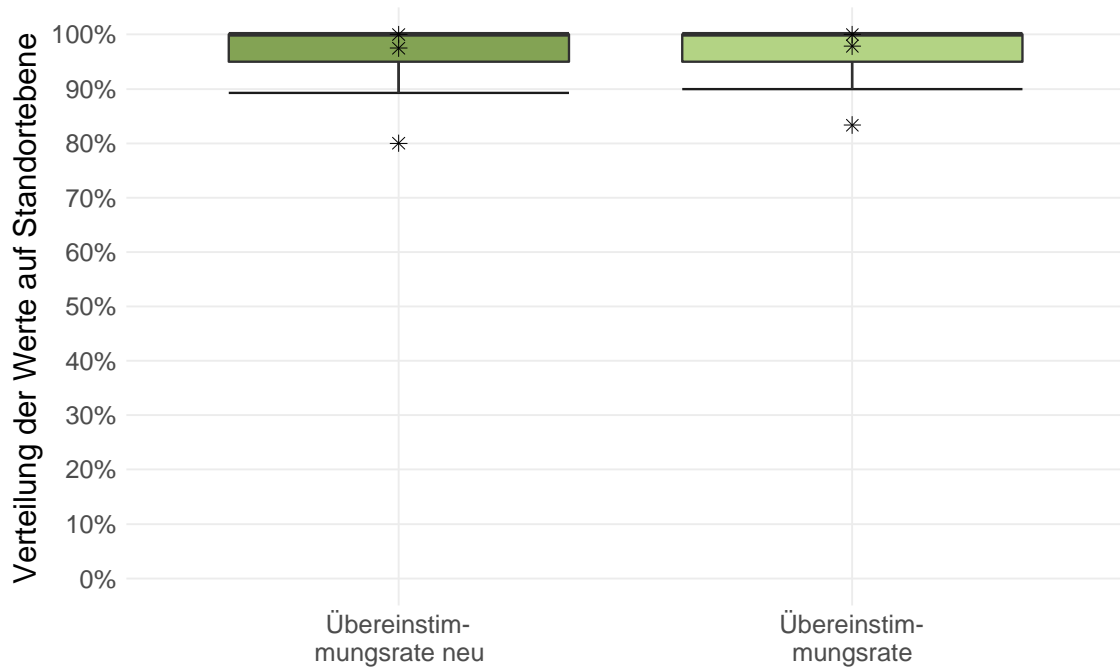


Abbildung 112: Verteilung der Übereinstimmungsraten – maschinelle Beatmung

2.2.12 Datenfeld 29: Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1253 87,0 %	31 2,2 %	6 0,4 %	1290 89,6 %
	1	19 1,3 %	130 9,0 %	1 0,1 %	150 10,4 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1272 88,3 %	161 11,2 %	7 0,5 %	1440 100,0 %

Abbildung 113: Kontingenztafel – Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,5 %	7 / 1440	0,5 %	7 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	35,5 %	27 / 76	35,5 %	27 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	64,5 %	49 / 76	64,5 %	49 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	96,5 %	1383 / 1433	96,0 %	1383 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3,5 %	50 / 1433	3,5 %	50 / 1440
Sensitivität	80,7 %	130 / 161	80,7 %	130 / 161
Spezifität	98,5 %	1253 / 1272	98,5 %	1253 / 1272
Positiv prädiktiver Wert	87,2 %	130 / 149	86,7 %	130 / 150
Negativ prädiktiver Wert	97,6 %	1253 / 1284	97,1 %	1253 / 1290

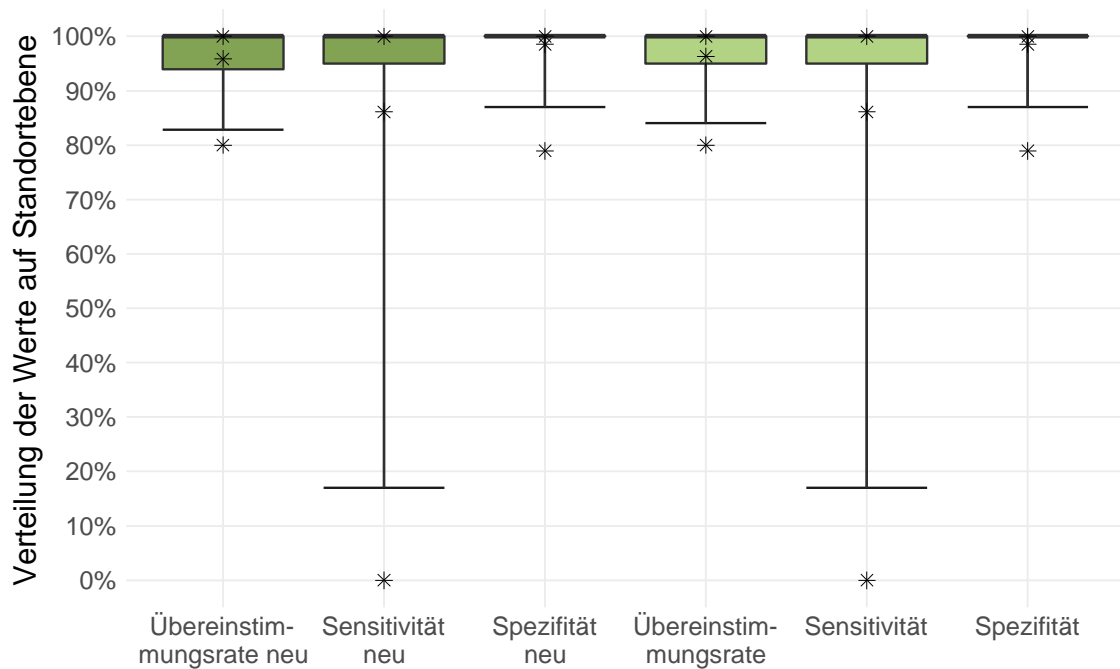


Abbildung 114: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?

2.2.13 Datenfeld 33: Entlassungsgrund

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1257 87,3 %	0 0,0 %	5 0,3 %	1262 87,6 %
	1	0 0,0 %	177 12,3 %	1 0,1 %	178 12,4 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1257 87,3 %	177 12,3 %	6 0,4 %	1440 100,0 %

Abbildung 115: Kontingenztafel – Entlassungsgrund

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,4 %	6 / 1440	0,4 %	6 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	76 / 76	100 %	76 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	1434 / 1434	99,6 %	1434 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 1434	0 %	0 / 1440
Sensitivität	100 %	177 / 177	100 %	177 / 177

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Spezifität	100 %	1257 / 1257	100 %	1257 / 1257
Positiv prädiktiver Wert	100 %	177 / 177	99,4 %	177 / 178
Negativ prädiktiver Wert	100 %	1257 / 1257	99,6 %	1257 / 1262

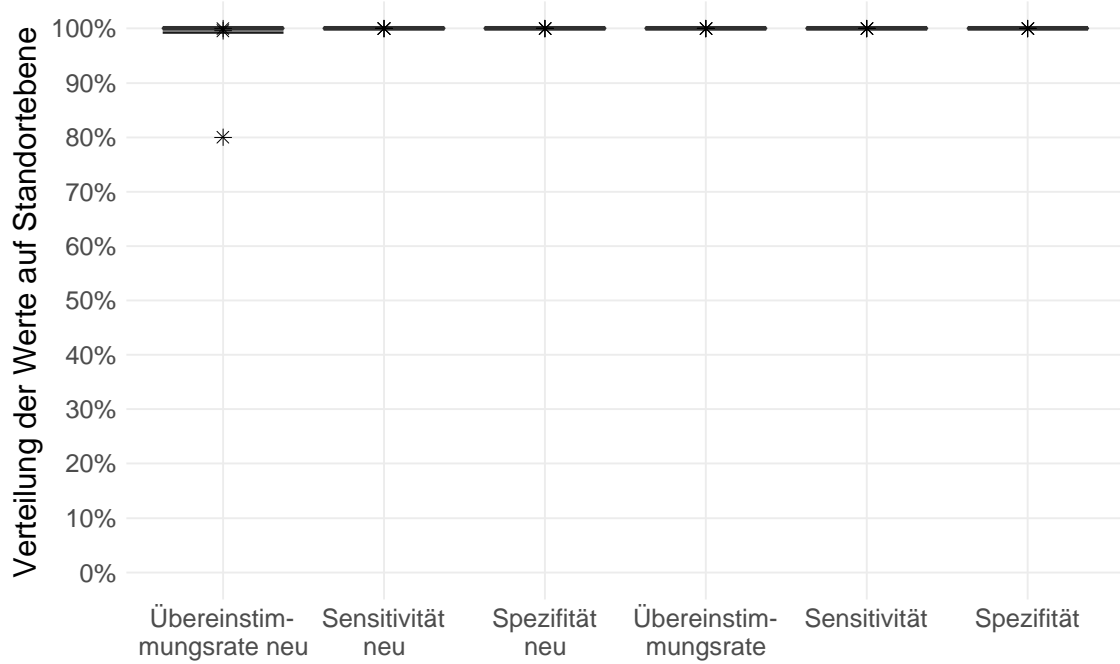


Abbildung 116: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Entlassungsgrund

2.2.14 Datenfeld 34: Desorientierung

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	875 70,5 %	1 0,1 %	31 2,5 %	6 0,5 %	913 73,6 %
	1	10 0,8 %	9 0,7 %	4 0,3 %	3 0,2 %	26 2,1 %
	2	23 1,9 %	0 0,0 %	260 21,0 %	9 0,7 %	292 23,5 %
	nicht in QS-Dokumentation	6 0,5 %	1 0,1 %	0 0,0 %	3 0,2 %	10 0,8 %
	Gesamt	914 73,7 %	11 0,9 %	295 23,8 %	21 1,7 %	1241 100,0 %

Abbildung 117: Kontingenztafel – Desorientierung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1241	100 %	1241
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,7 %	21 / 1241	1,7 %	21 / 1241
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	55,3 %	42 / 76	55,3 %	42 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	44,7 %	34 / 76	44,7 %	34 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	93,8 %	1144 / 1220	92,2 %	1144 / 1241
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6,2 %	76 / 1220	6,1 %	76 / 1241

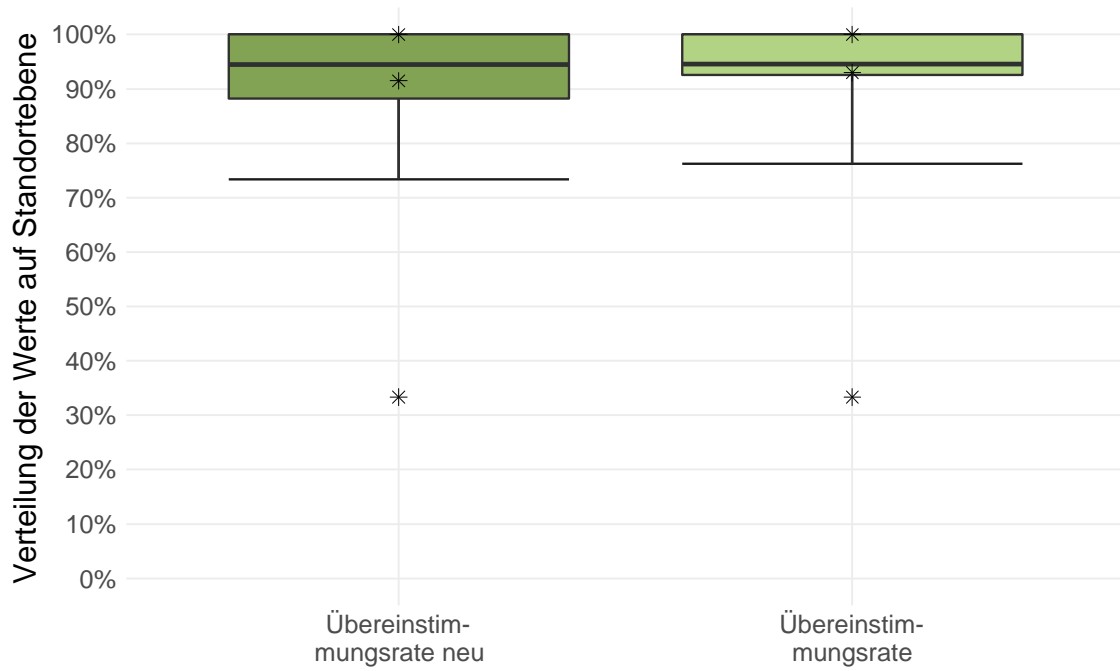


Abbildung 118: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Desorientierung

2.2.15 Datenfeld 35 : Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	13 1,0%	33 2,7%	1 0,1%	47 3,8%
	1	11 0,9%	1157 93,3%	15 1,2%	1183 95,4%
	nicht in QS-Dokumentation	2 0,2%	5 0,4%	3 0,2%	10 0,8%
	Gesamt	26 2,1%	1195 96,4%	19 1,5%	1240 100,0%

Abbildung 119: Kontingenztafel – stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1240	100 %	1240
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,5 %	19 / 1240	1,5 %	19 / 1240
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	43,4 %	33 / 76	43,4 %	33 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	56,6 %	43 / 76	56,6 %	43 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95,8 %	1170 / 1221	94,4 %	1170 / 1240
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,2 %	51 / 1221	4,1 %	51 / 1240
Sensitivität	96,8 %	1157 / 1195	96,8 %	1157 / 1195
Spezifität	50,0 %	13 / 26	50,0 %	13 / 26
Positiv prädiktiver Wert	99,1 %	1157 / 1168	97,8 %	1157 / 1183
Negativ prädiktiver Wert	28,3 %	13 / 46	27,7 %	13 / 47

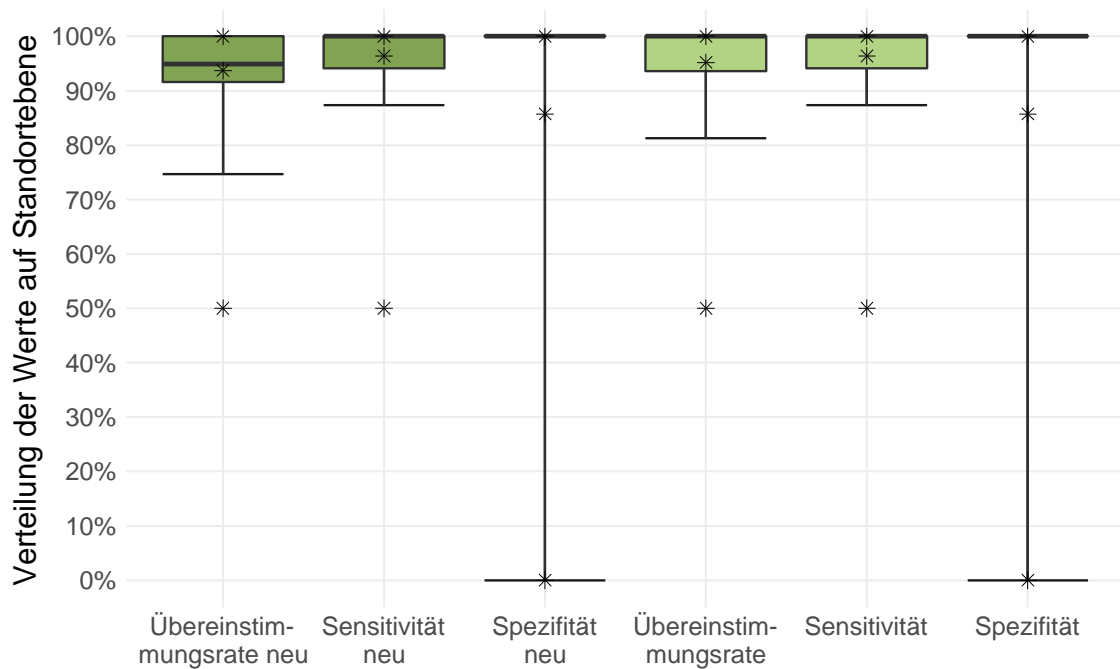


Abbildung 120: Verteilung der Übereinstimmungsraten – stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme

2.2.16 Datenfeld 36: Spontane Atemfrequenz

		Angaben in Patientenakte					
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	868 69,9%	9 0,7%	210 16,9%	0 0,0%	94 7,6%	1181 95,2%
	2	5 0,4%	11 0,9%	5 0,4%	0 0,0%	0 0,0%	21 1,7%
	3	8 0,6%	0 0,0%	18 1,5%	0 0,0%	0 0,0%	26 2,1%
	4	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	2 0,2%	0 0,0%	3 0,2%
	nicht in QS-Dokumentation	3 0,2%	2 0,2%	3 0,2%	0 0,0%	2 0,2%	10 0,8%
	Gesamt	884 71,2%	22 1,8%	237 19,1%	2 0,2%	96 7,7%	1241 100,0%

Abbildung 121: Kontingenztafel – spontane Atemfrequenz

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1241	100 %	1241
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	7,7 %	96 / 1241	7,7 %	96 / 1241
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	59,2 %	45 / 76	59,2 %	45 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	40,8 %	31 / 76	40,8 %	31 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	78,5 %	899 / 1145	72,4 %	899 / 1241
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	21,5 %	246 / 1145	19,8 %	246 / 1241

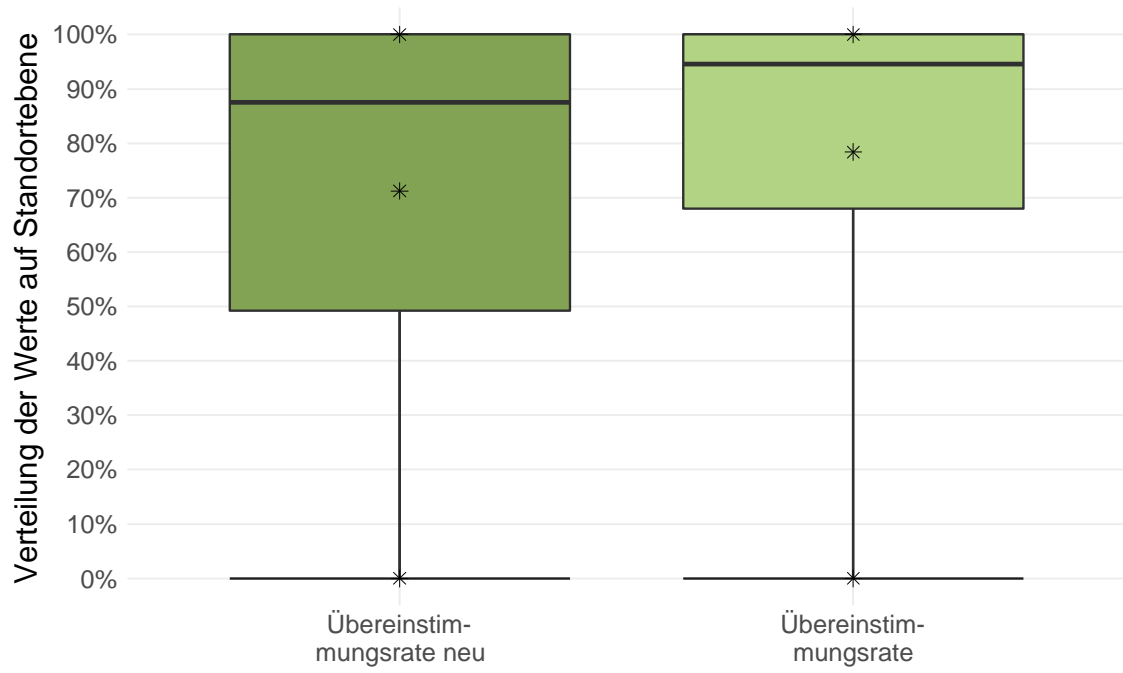


Abbildung 122: Verteilung der Übereinstimmungsrate – spontane Atemfrequenz

2.2.17 Datenfeld 37: Herzfrequenz

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	1193 96,2 %	9 0,7 %	4 0,3 %	7 0,6 %	1213 97,8 %
	2	7 0,6 %	10 0,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	17 1,4 %
	3	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %
	nicht in QS-Dokumentation	6 0,5 %	1 0,1 %	0 0,0 %	2 0,2 %	9 0,7 %
	Gesamt	1207 97,3 %	20 1,6 %	4 0,3 %	9 0,7 %	1240 100,0 %

Abbildung 123: Kontingenztafel – Herzfrequenz

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1240	100 %	1240
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,7 %	9 / 1240	0,7 %	9 / 1240
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	28,9 %	22 / 76	28,9 %	22 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	71,1 %	54 / 76	71,1 %	54 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,7 %	1203 / 1231	97,0 %	1203 / 1240
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,3 %	28 / 1231	2,3 %	28 / 1240

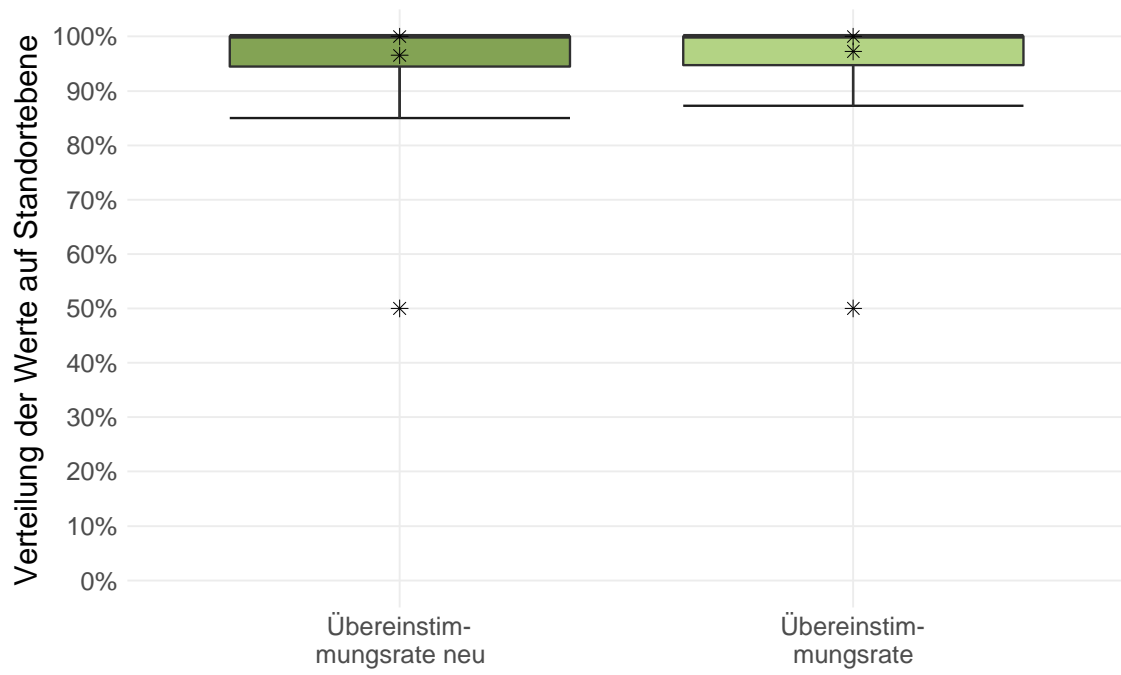


Abbildung 124: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Herzfrequenz

2.2.18 Datenfeld 38: Temperatur

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	1151 92,7 %	13 1,0 %	2 0,2 %	8 0,6 %	1174 94,6 %
	2	31 2,5 %	27 2,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	58 4,7 %
	3	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	nicht in QS-Dokumentation	7 0,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,2 %	9 0,7 %
	Gesamt	1189 95,8 %	40 3,2 %	2 0,2 %	10 0,8 %	1241 100,0 %

Abbildung 125: Kontingenztafel – Temperatur

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1241	100 %	1241
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,8 %	10 / 1241	0,8 %	10 / 1241
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	40,8 %	31 / 76	40,8 %	31 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	59,2 %	45 / 76	59,2 %	45 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95,7 %	1178 / 1231	94,9 %	1178 / 1241
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,3 %	53 / 1231	4,3 %	53 / 1241

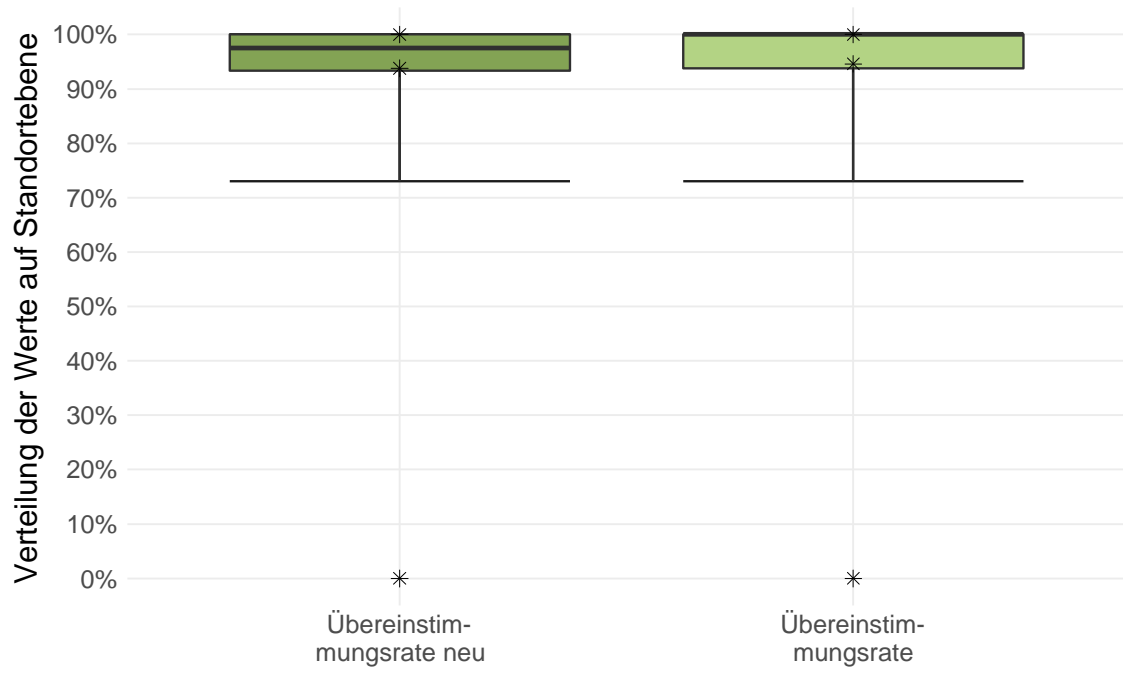


Abbildung 126: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Temperatur

2.2.19 Datenfeld 39: Sauerstoffsättigung

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	15 1,2 %	11 0,9 %	1 0,1 %	0 0,0 %	27 2,2 %
	2	22 1,8 %	1039 83,8 %	92 7,4 %	42 3,4 %	1195 96,4 %
	3	0 0,0 %	2 0,2 %	6 0,5 %	0 0,0 %	8 0,6 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 0,1 %	6 0,5 %	1 0,1 %	2 0,2 %	10 0,8 %
	Gesamt	38 3,1 %	1058 85,3 %	100 8,1 %	44 3,5 %	1240 100,0 %

Abbildung 127: Kontingenztafel – Sauerstoffsättigung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1240	100 %	1240
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	3,5 %	44 / 1240	3,5 %	44 / 1240
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	52,6 %	40 / 76	52,6 %	40 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	47,4 %	36 / 76	47,4 %	36 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	88,6 %	1060 / 1196	85,5 %	1060 / 1240
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11,4 %	136 / 1196	11,0 %	136 / 1240

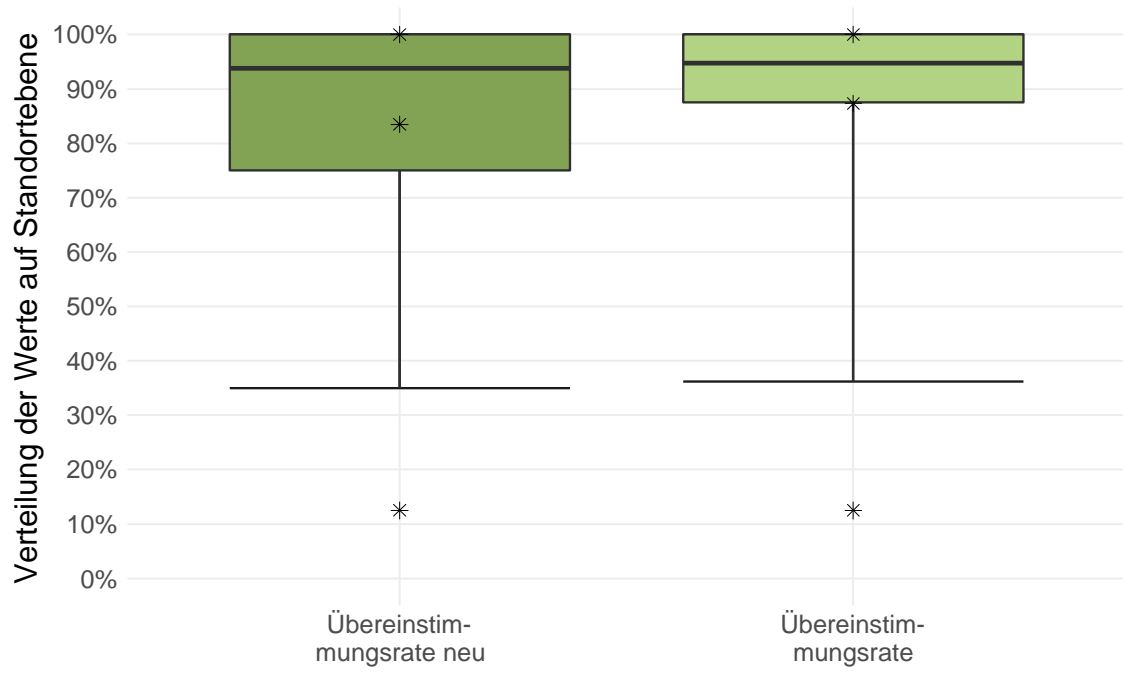


Abbildung 128: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Sauerstoffsättigung

2.2.20 Datenfeld 40: Blutdruck systolisch

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	1 0,1 %	14 1,1 %	1 0,1 %	2 0,2 %	18 1,5 %
	2	8 0,6 %	1194 96,2 %	5 0,4 %	4 0,3 %	1211 97,6 %
	3	1 0,1 %	1 0,1 %	1 0,1 %	0 0,0 %	3 0,2 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 0,1 %	6 0,5 %	0 0,0 %	2 0,2 %	9 0,7 %
	Gesamt	11 0,9 %	1215 97,9 %	7 0,6 %	8 0,6 %	1241 100,0 %

Abbildung 129: Kontingenztafel – Blutdruck systolisch

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1241	100 %	1241
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,6 %	8 / 1241	0,6 %	8 / 1241
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	28,9 %	22 / 76	28,9 %	22 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	71,1 %	54 / 76	71,1 %	54 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,0 %	1196 / 1233	96,4 %	1196 / 1241
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3,0 %	37 / 1233	3,0 %	37 / 1241

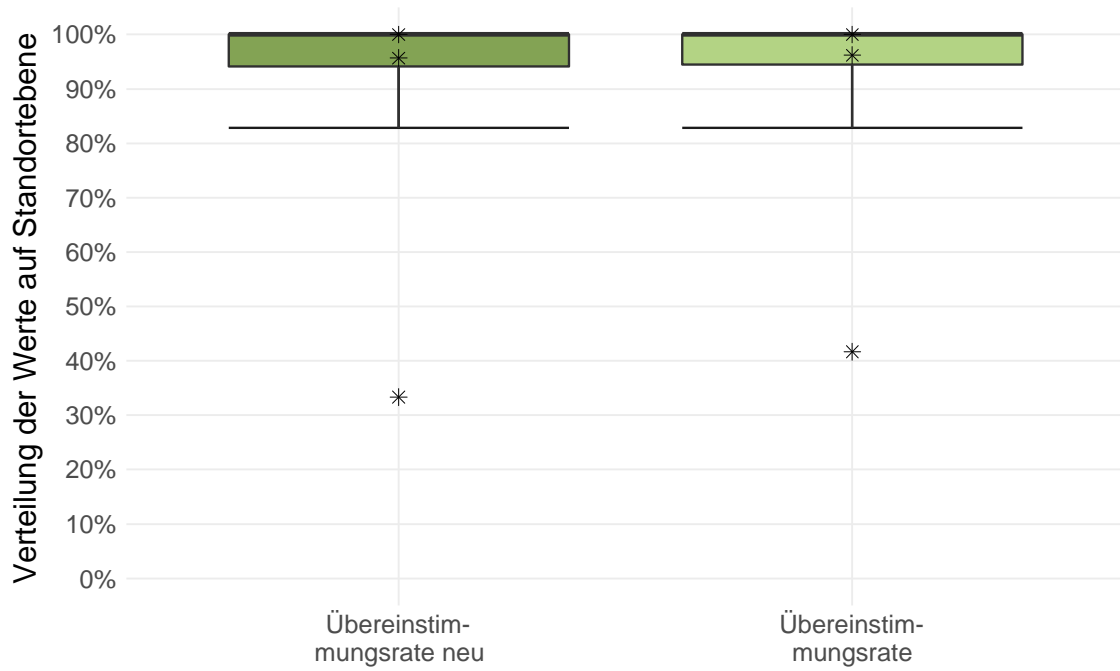


Abbildung 130: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Blutdruck systolisch

2.2.21 Datenfeld Geburtsjahr

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,4 %	6 / 1440	0,4 %	6 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1,3 %	1 / 76	1,3 %	1 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	98,7 %	75 / 76	98,7 %	75 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,9 %	1433 / 1434	99,5 %	1433 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0,1 %	1 / 1434	0,5 %	7 / 1440

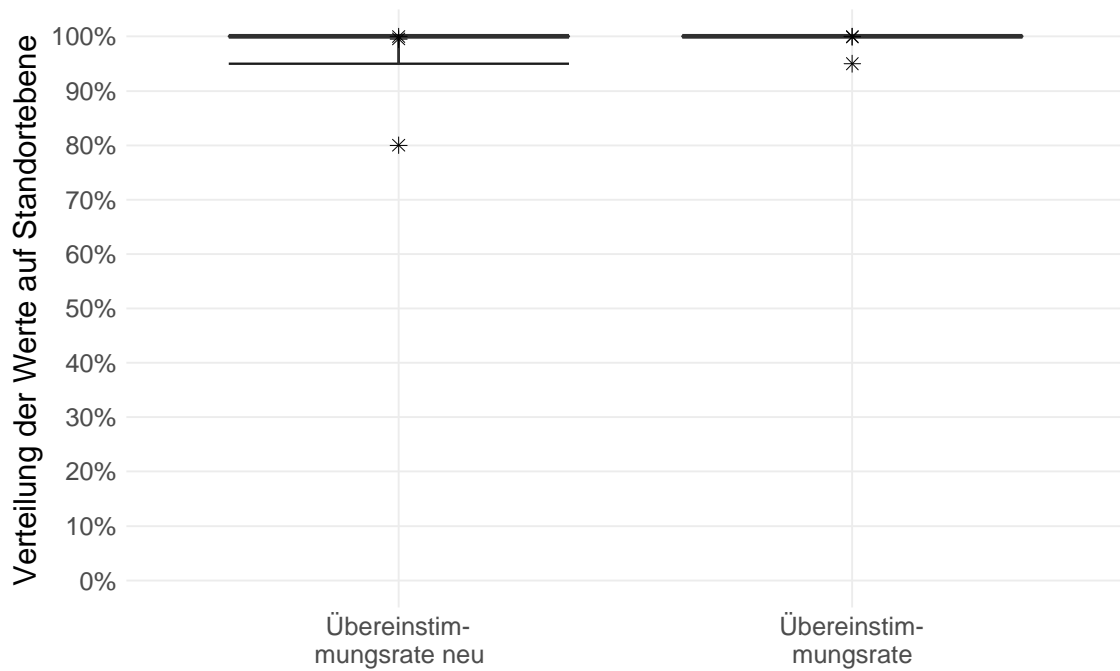


Abbildung 131: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Geburtsjahr

2.2.22 Datenfeld Aufnahmequartal

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,5 %	7 / 1440	0,5 %	7 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2,6 %	2 / 76	2,6 %	2 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	97,4 %	74 / 76	97,4 %	74 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,7 %	1428 / 1433	99,2 %	1428 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0,3 %	5 / 1433	0,8 %	12 / 1440

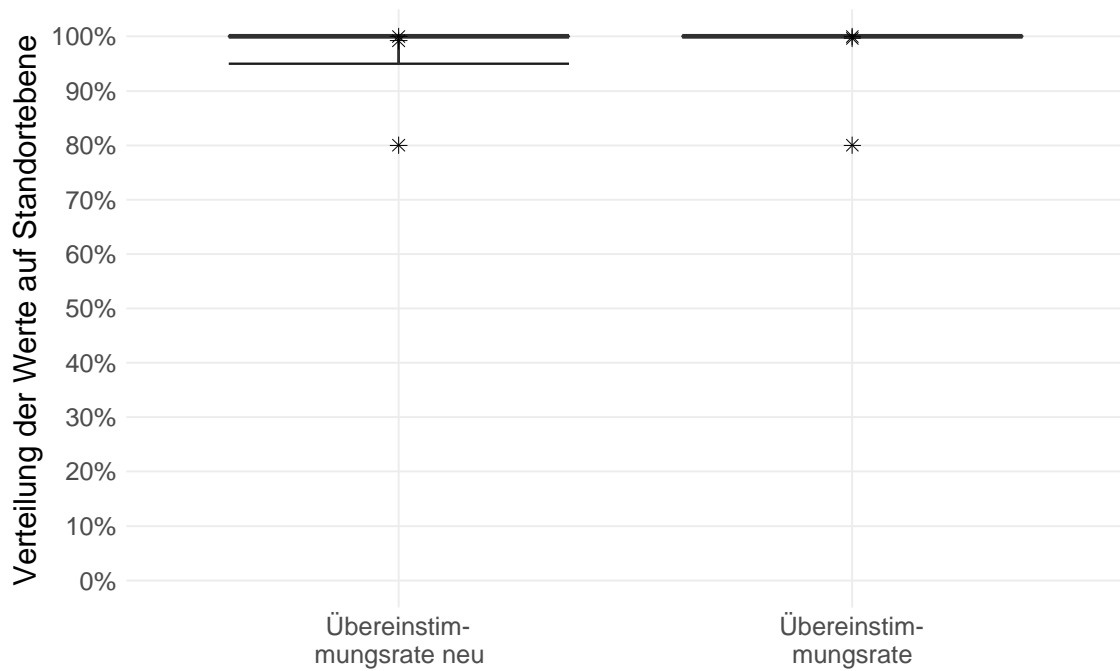


Abbildung 132: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Aufnahmequartal

2.2.23 Datenfeld 14: Spontane Atemfrequenz

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1427	100 %	1427
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	4,3 %	61 / 1427	4,3 %	61 / 1427
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	75,0 %	57 / 76	75,0 %	57 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25,0 %	19 / 76	25,0 %	19 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	81,0 %	1107 / 1366	77,6 %	1107 / 1427
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	19,0 %	259 / 1366	22,4 %	320 / 1427

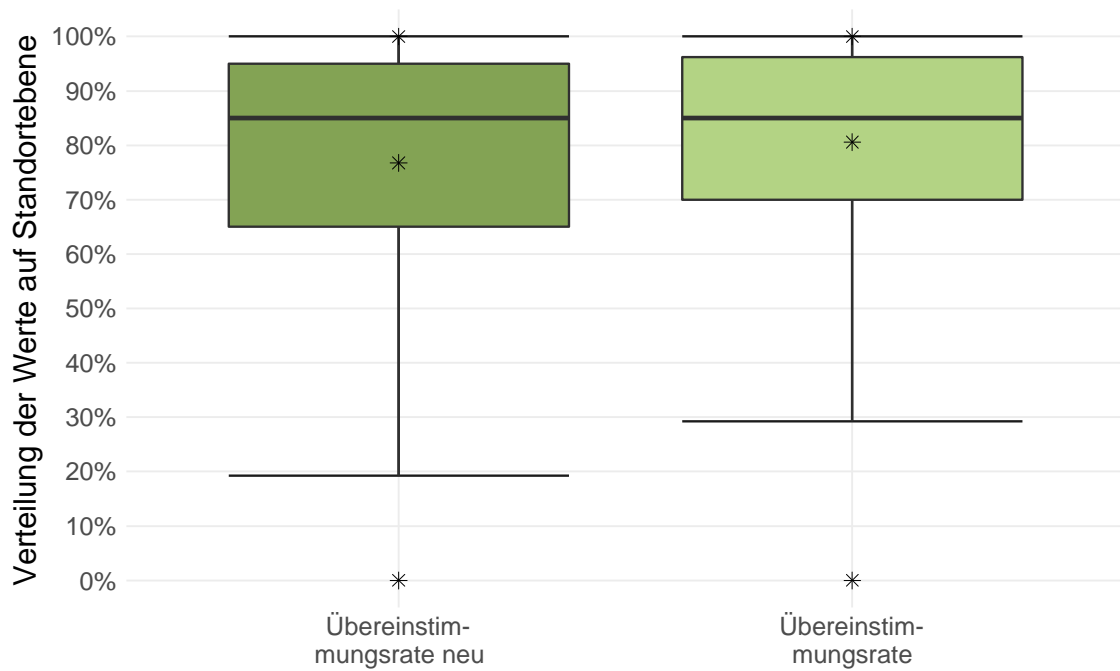


Abbildung 133: Verteilung der Übereinstimmungsrate – spontane Atemfrequenz

2.2.24 Datenfeld 30: Datum des Eintrags in der Patientenakte

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	162	100 %	162
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	4,9 %	8 / 162	4,9 %	8 / 162
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	40,7 %	24 / 59	39,3 %	24 / 61
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	59,3 %	35 / 59	60,7 %	37 / 61
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	71,4 %	110 / 154	67,9 %	110 / 162
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	28,6 %	44 / 154	32,1 %	52 / 162

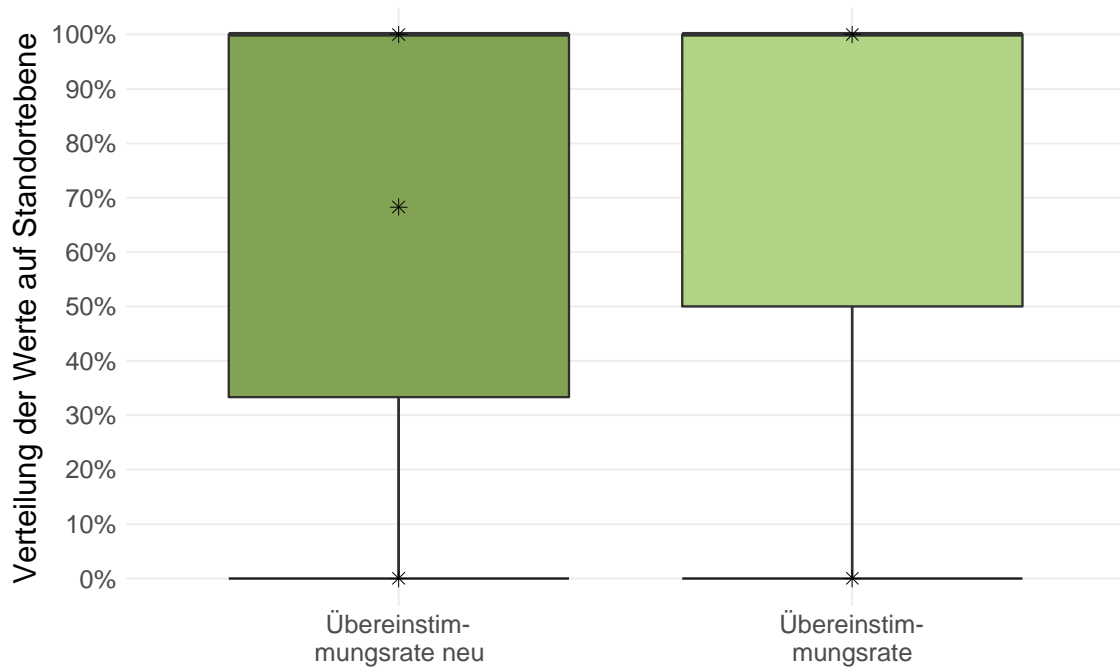


Abbildung 134: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Datum des Eintrags in der Patientenakte

2.2.25 Datenfeld Entlassungsquartal

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersicht-lich	0,4 %	6 / 1440	0 %	0 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abwei-chungen	5,3 %	4 / 76	5,3 %	4 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Ab-weichungen	94,7 %	72 / 76	94,7 %	72 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,5 %	1427 / 1434	99,1 %	1427 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Doku-mentation	0,5 %	7 / 1434	0,9 %	13 / 1440

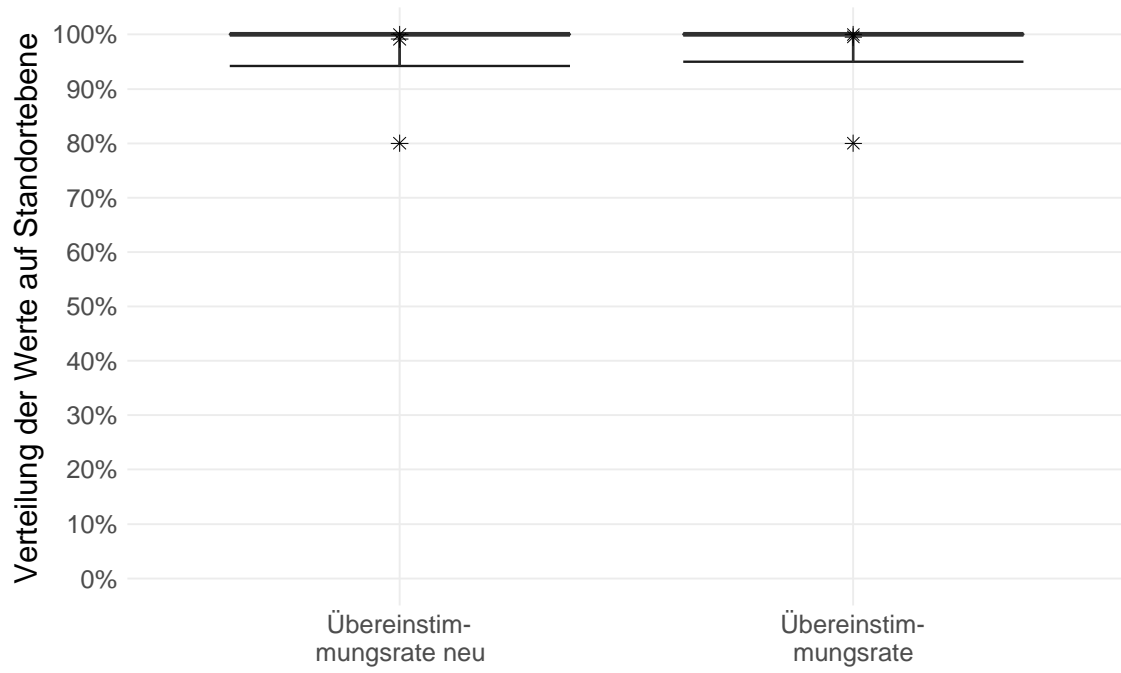


Abbildung 135: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Entlassungsquartal

3 Umfassende Datenvalidierung: Nierenlebenspende

3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

3.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

AK 850232: Häufig weder Albumin- noch Kreatininwert angegeben bzw. plausibel

Zähler	alle Patienten mit einem implausiblen oder unbekanntem Albuminwert und einem implausiblen oder unbekanntem Kreatininwert.
Nenner	Alle Patienten, die nicht dialysepflichtig sind oder bei denen die Dialysepflicht unbekannt ist.
Referenzbereich	≤ 5,0 %
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-

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	%
850232	38	17	44,7	0	0	0	0	17	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	38	17	44,7	0	0	0	0	17	100	0	0	0	0	0	0	0	0

3.1.3 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850232	17	1	5,9	1	5,9	14	82,4	0	0	0	0	1	5,9	0	0
Gesamt	17	1	5,9	1	5,9	14	82,4	0	0	0	0	1	5,9	0	0

3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

3.2.1 Datenfeld 8: Geschlecht

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	20 42,6%	0 0,0%	0 0,0%	20 42,6%
	2	0 0,0%	27 57,4%	0 0,0%	27 57,4%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	20 42,6%	27 57,4%	0 0,0%	47 100,0%

Abbildung 136: Kontingenztafel – Geschlecht

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47
Sensitivität	100 %	27 / 27
Spezifität	100 %	20 / 20
Positiv prädiktiver Wert	100 %	27 / 27
Negativ prädiktiver Wert	100 %	20 / 20

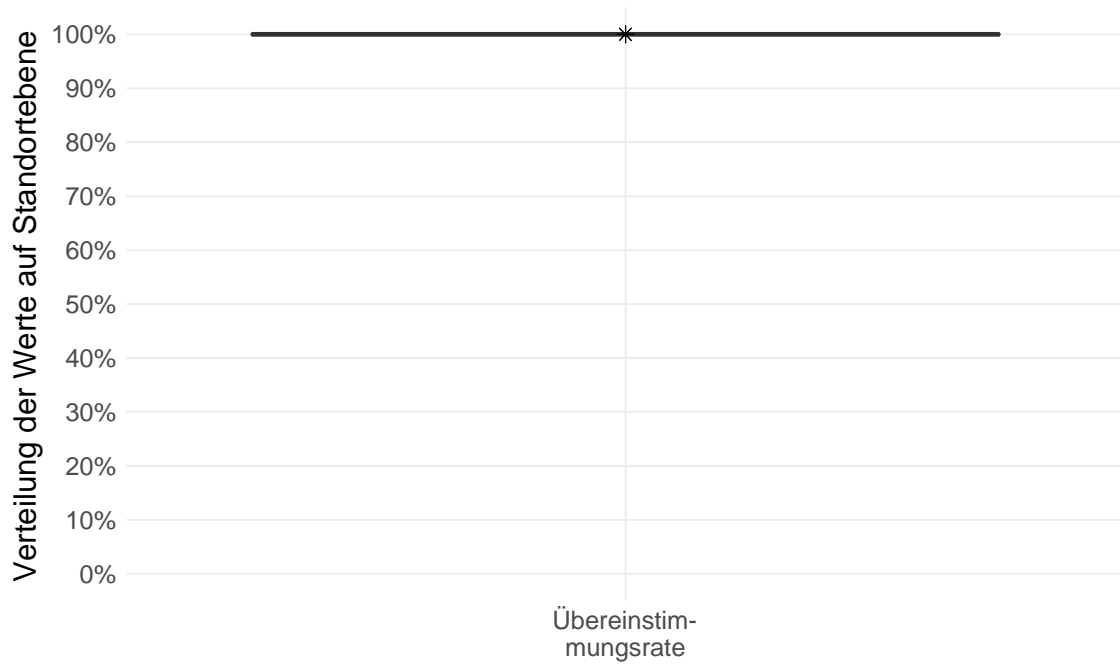


Abbildung 137: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Geschlecht

3.2.2 Datenfeld 17: Behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	47 100,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	47 100,0 %
	1	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 %
	Gesamt	47 100,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	47 100,0 %

Abbildung 138: Kontingenztafel – behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	100 %	47 / 47
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	47 / 47

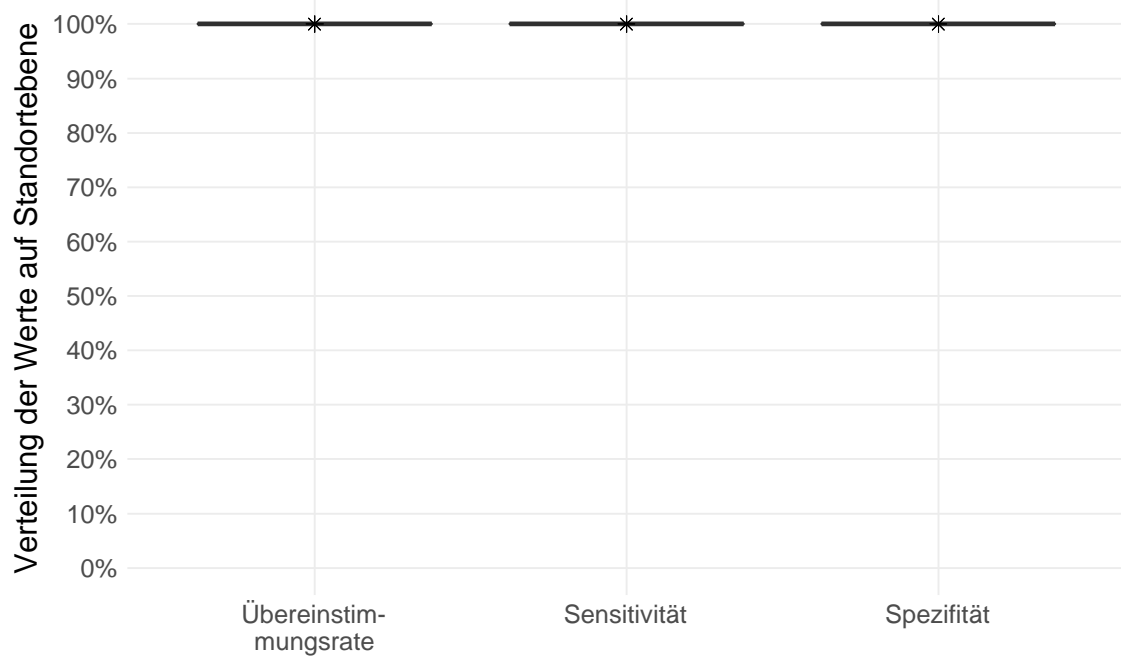


Abbildung 139: Verteilung der Übereinstimmungsraten – behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)

3.2.3 Datenfeld 18: Blutung

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	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%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%

Abbildung 140: Kontingenztafel – Blutung

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	0 %	0 / 0
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	0 %	0 / 0

3.2.4 Datenfeld 19: Reoperation erforderlich

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	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%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%

Abbildung 141: Kontingenztafel – Reoperation erforderlich

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	0 %	0 / 0
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	0 %	0 / 0

3.2.5 Datenfeld 20: Sonstige Komplikationen

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	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%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%

Abbildung 142: Kontingenztafel – sonstige Komplikationen

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	0 %	0 / 0
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	0 %	0 / 0

3.2.6 Datenfeld 21: Spender bei Entlassung dialysepflichtig?

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	47 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	47 100,0%
	1	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%
	Gesamt	47 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	47 100,0%

Abbildung 143: Kontingenztafel – Spender bei Entlassung dialysepflichtig?

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	100 %	47 / 47
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	47 / 47

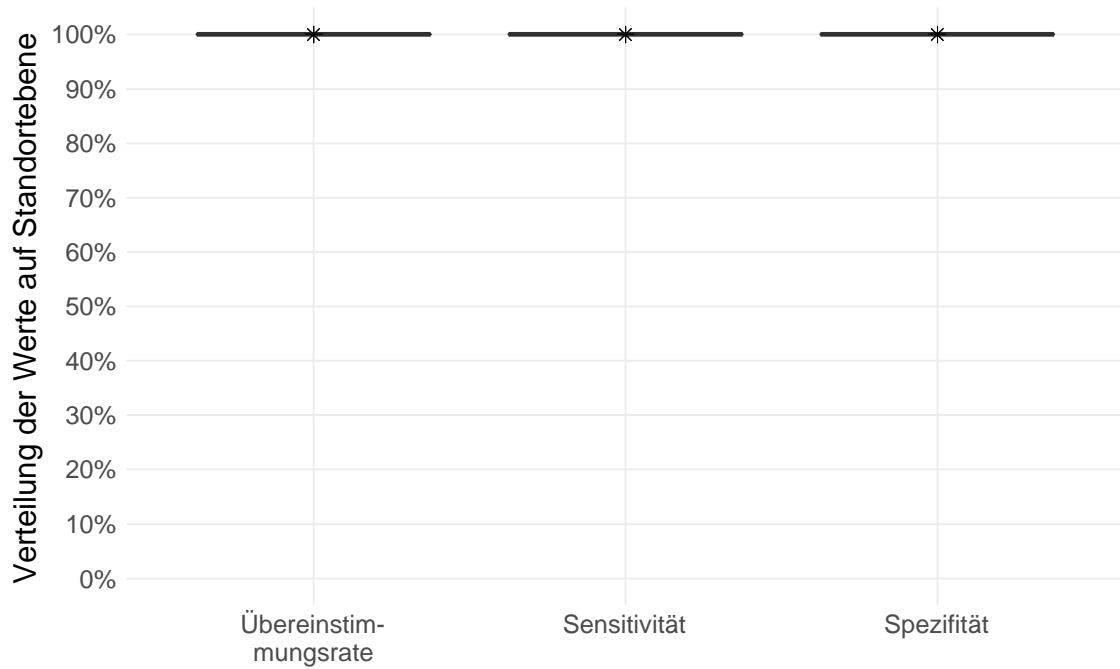


Abbildung 144: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Spender bei Entlassung dialysepflichtig?

3.2.7 Datenfeld: 29 Entlassungsgrund

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	47 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	47 100,0%
	1	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%
	Gesamt	47 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	47 100,0%

Abbildung 145: Kontingenztafel – Entlassungsgrund

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	100 %	47 / 47
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	47 / 47

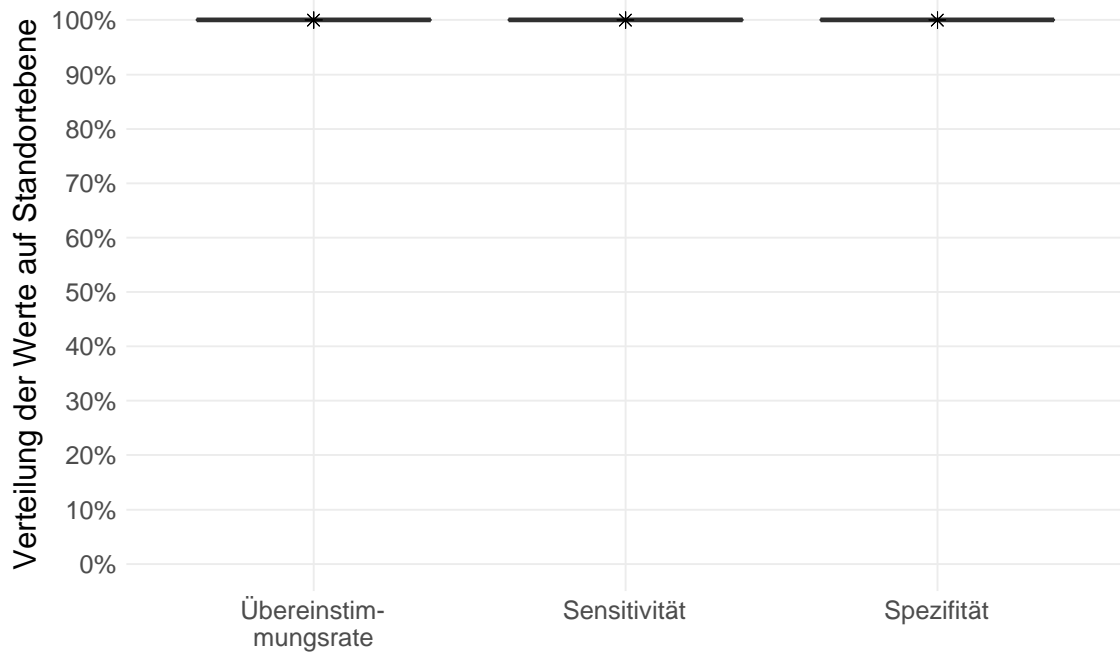


Abbildung 146: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Entlassungsgrund

3.2.8 Datenfeld: Geburtsjahr

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4

	%	Anzahl
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47

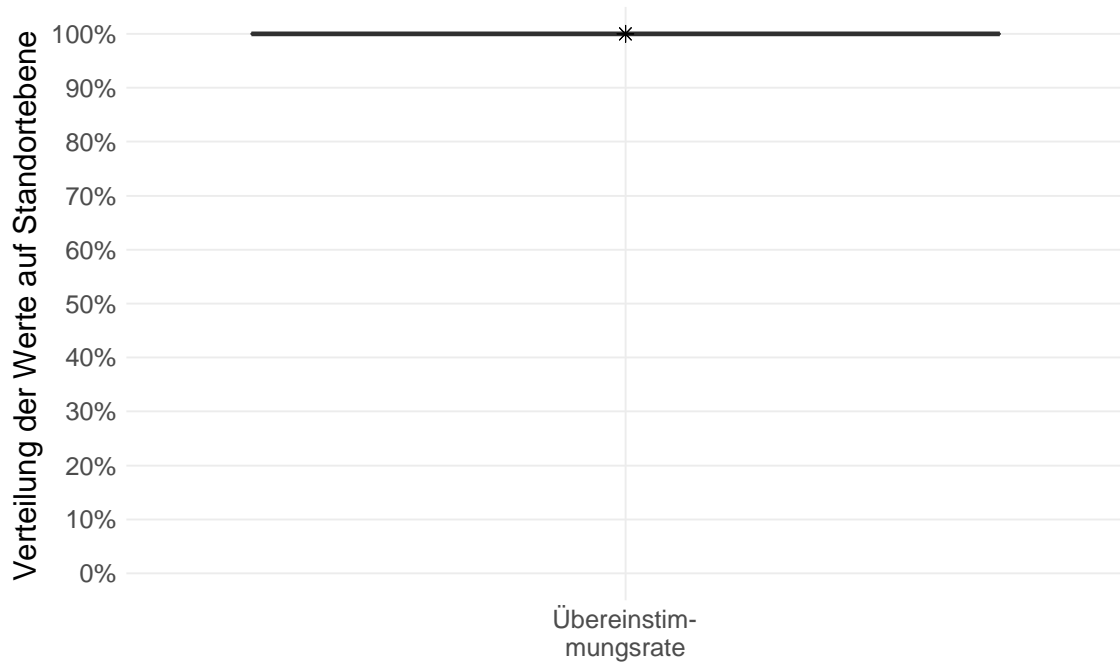


Abbildung 147: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Geburtsjahr

3.2.9 Datenfeld 9 – Körpergröße

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	93,6 %	44 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6,4 %	3 / 47

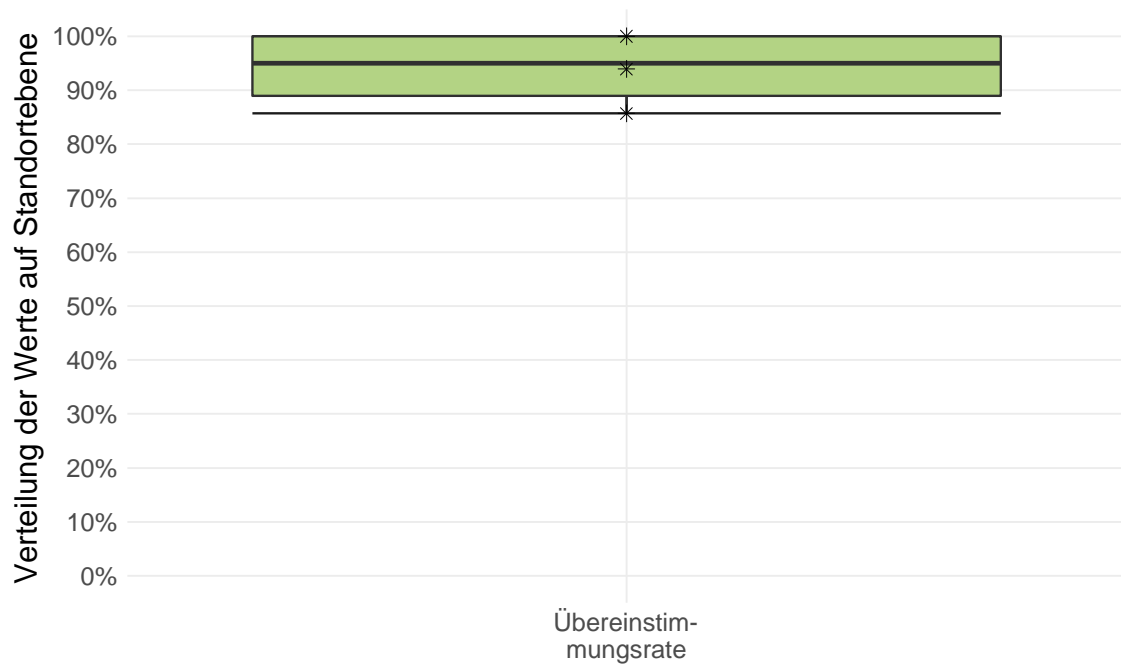


Abbildung 148: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Körpergröße

3.2.10 Datenfeld 10: Körpergewicht bei Aufnahme

	%	Anzahl
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	87,2 %	41 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12,8 %	6 / 47
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0

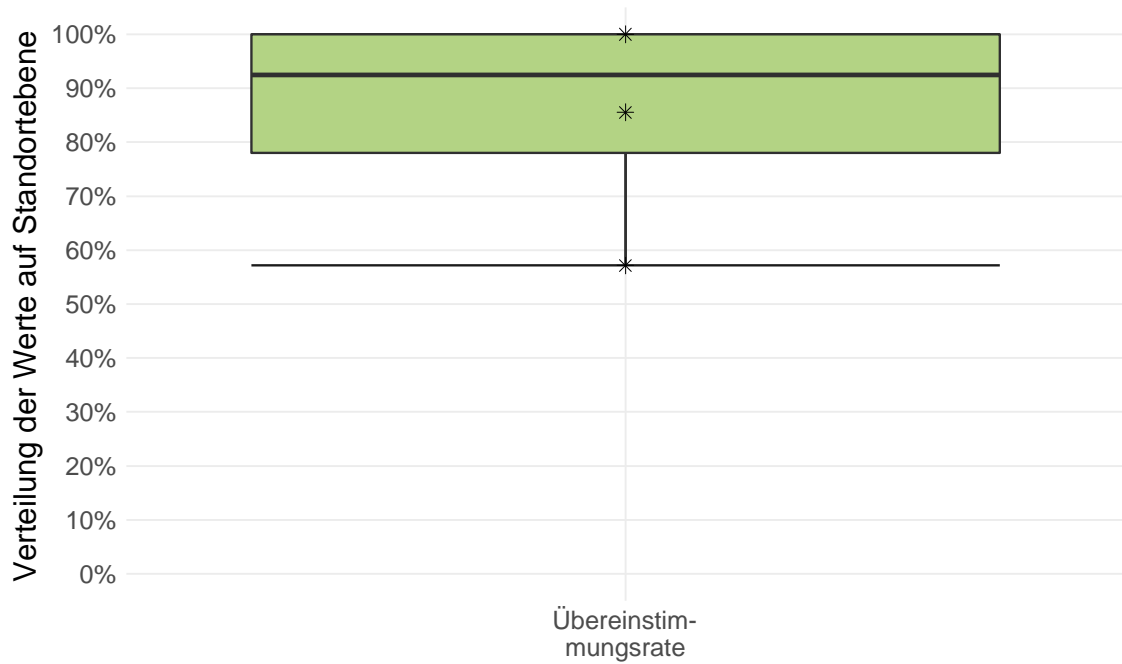


Abbildung 149: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Körpergewicht bei Aufnahme

3.2.11 Datenfeld 12: Kreatininwert i.S. in mg/dl

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	91,5 %	43 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8,5 %	4 / 47

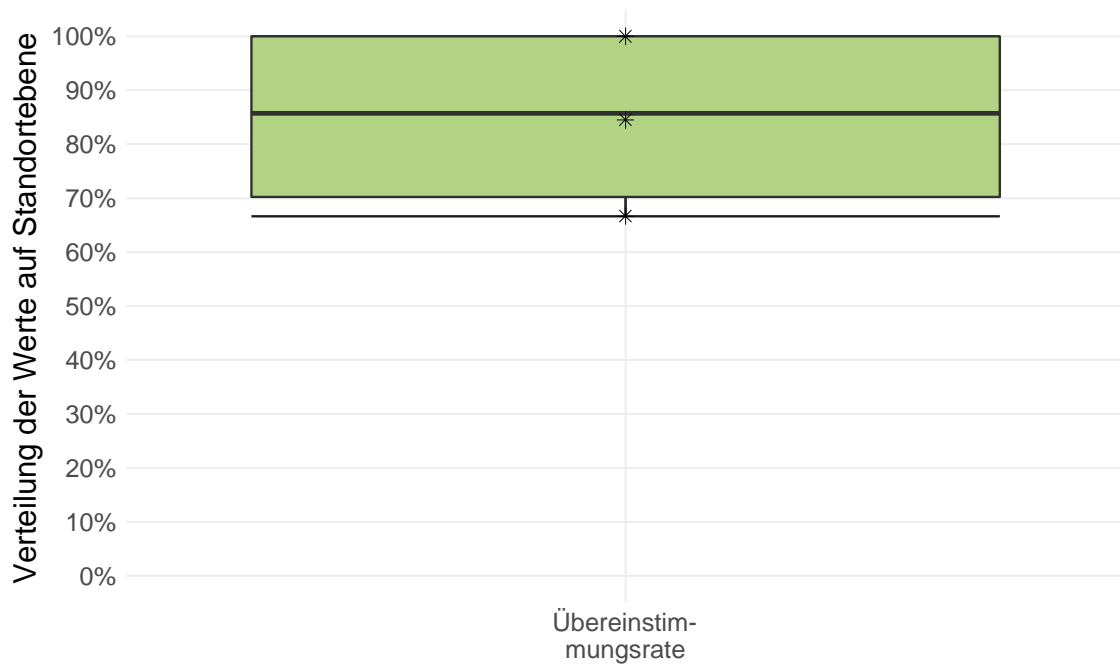


Abbildung 150: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Kreatininwert i.S. in mg/dl

3.2.12 Datenfeld 13: Kreatininwert i.S. in µmol/l

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0

3.2.13 Datenfeld 14: OP-Datum

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47

	%	Anzahl
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47

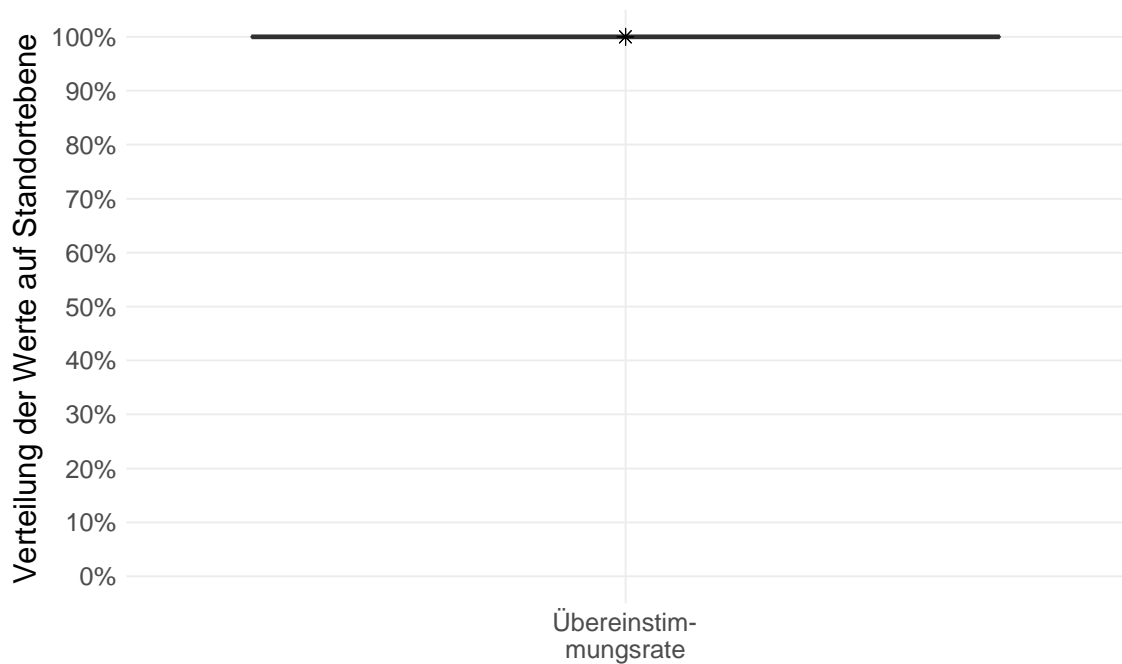


Abbildung 151: Verteilung der Übereinstimmungsraten – OP-Datum

3.2.14 Datenfeld 22: Kreatininwert i.S. in mg/dl (postoperativ)

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25,0 %	1 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	75,0 %	3 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,9 %	46 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,1 %	1 / 47

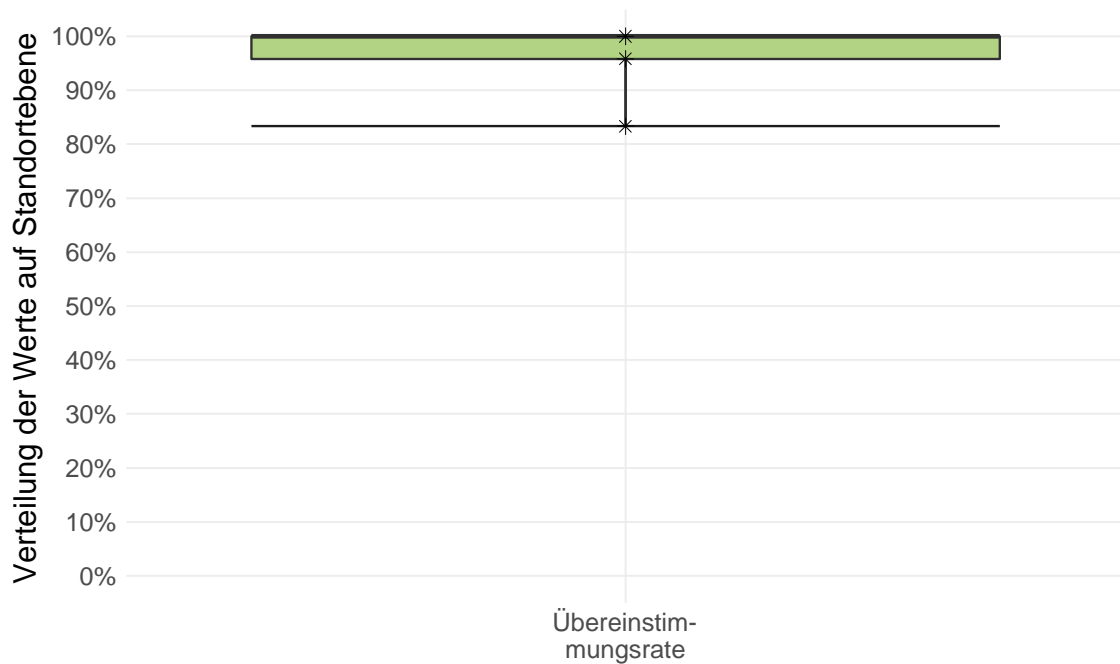


Abbildung 152: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Kreatininwert i.S. in mg/dl (postoperativ)

3.2.15 Datenfeld 23: Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$ (postoperativ)

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0

3.2.16 Datenfeld 24: Albumin i. U.

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	45
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 45
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	86,7 %	39 / 45

	%	Anzahl
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13,3 %	6 / 45

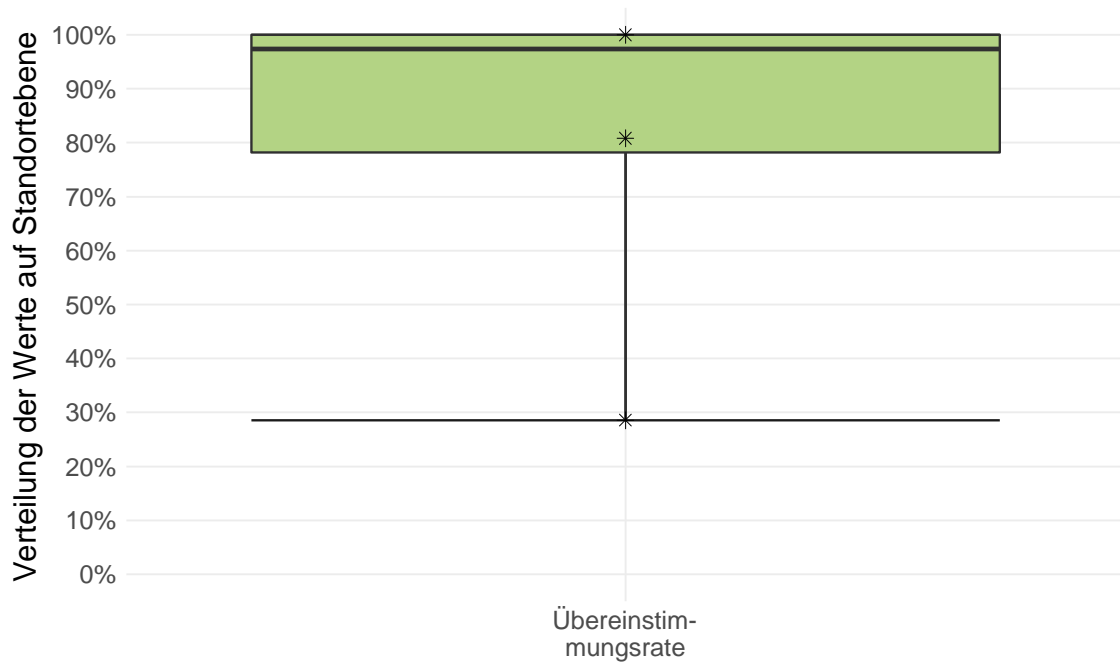


Abbildung 153: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Albumin i. U.

3.2.17 Datenfeld 25: Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

4.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

Tabelle 3: Beschreibung der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit.

QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	AK-ID	Bezeichnung
Herzschrittmacher-Implantation	813070	häufig führendes Symptom „sonstiges“
Herzschrittmacher-Implantation	813071	häufig führende Indikation „sonstiges“
Herzschrittmacher-Implantation	813072*	Unterdokumentation von GKV-Patienten
Herzschrittmacher-Aggregat- wechsel	813073*	Unterdokumentation von GKV-Patienten
Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation	850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen
Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation	813074	Unterdokumentation von GKV-Patienten
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	850317	häufige Angabe von ASA 5
Karotis-Revaskularisation	850332	häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	850312	nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Geburtshilfe	850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
Geburtshilfe	850224*	häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess
Hüftgelenknahe Femurfraktur (mit osteosynthetischer Versorgung)	850350	nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Mammachirurgie	813068	auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie

QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	AK-ID	Bezeichnung
Mammachirurgie	850364	häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“
Mammachirurgie	850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“
Mammachirurgie	850367	häufige Angabe „(y)pNX“
Mammachirurgie	850365	häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust
Mammachirurgie	850372*	häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“
Pflege: Dekubitusprophylaxe	850359	häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	850361	häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“
Pflege: Dekubitusprophylaxe	850362	kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme oder Entlassung
Koronarchirurgie, isoliert	813165	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
Koronarchirurgie, isoliert	850373*	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	811809	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	850371*	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850353	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850328*	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	850354	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	850374*	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Hüftendoprothesenversorgung	850376*	Unterdokumentation von GKV-Patienten
Herztransplantation	850293	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
Herztransplantation	850294	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	AK-ID	Bezeichnung
Herztransplantation	850295	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Knieendoprothesenversorgung	850305*	Angabe von ASA 5
Knieendoprothesenversorgung	850306*	häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen
Knieendoprothesenversorgung	850307*	häufige Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen
Knieendoprothesenversorgung	850311*	häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer
Knieendoprothesenversorgung	850336*	häufige Angabe von Entlassungsdiagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur
Knieendoprothesenversorgung	850375*	Unterdokumentation von GKV-Patienten
Leberlebendspende	850260	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
Leberlebendspende	850261	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
Leberlebendspende	850262	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	850299	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	850300	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	850301	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	850302	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	850303	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	850304	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Nierenlebendspende	850232*	häufig weder Albumin- noch Kreatininwert angegeben bzw. plausibel
Ambulant erworbene Pneumonie	811821*	Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde.
Ambulant erworbene Pneumonie	811822*	häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit
Ambulant erworbene Pneumonie	811825*	häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
Ambulant erworbene Pneumonie	811826*	häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	AK-ID	Bezeichnung
Ambulant erworbene Pneumonie	811827*	häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten	850308	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten	850309	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten	850310	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

* Im EJ 2016 neu eingeführte AKs.

4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	831	37	4,5	0	0	14	37,8	23	62,2	0	0	0	0	0	0	1	2,7
09n1-HSM-IMPL	813071	819	49	6	0	0	20	40,8	29	59,2	0	0	1	2,0	0	0	4	8,2
09n1-HSM-IMPL	813072	986	104	10,5	1	1,0	54	51,9	49	47,1	0	0	0	0	0	0	0	0
09n2-HSM- AGGW	813073	842	55	6,5	1	1,8	30	54,5	24	43,6	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	850339	636	11	1,7	0	0	4	36,4	7	63,6	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	813074	805	85	10,6	1	1,2	45	52,9	39	45,9	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850313	574	25	4,4	0	0	10	40,0	15	60,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850314	562	5	0,9	0	0	1	20,0	4	80,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850315	568	18	3,2	0	0	8	44,4	10	55,6	0	0	0	0	0	0	1	5,6
09n4-DEFI-IMPL	850317	731	7	1	1	14,3	1	14,3	5	71,4	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850332	337	29	8,6	0	0	5	17,2	24	82,8	0	0	0	0	0	0	1	3,4
15n1-GYN-OP	850312	527	7	1,3	0	0	3	42,9	4	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850318	678	49	7,2	0	0	6	12,2	43	87,8	0	0	0	0	0	0	2	4,1
16n1-GEBH	850224	706	33	4,7	1	3,0	11	33,3	21	63,6	0	0	0	0	0	0	2	6,1

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17n1-HÜFT- FRAK	850350	564	39	6,9	0	0	14	35,9	25	64,1	0	0	0	0	0	0	2	5,1
18n1-MAMMA	850363	616	25	4,1	0	0	2	8,0	23	92,0	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850364	603	16	2,7	0	0	3	18,8	13	81,3	0	0	0	0	0	0	1	6,3
18n1-MAMMA	813068	729	44	6	0	0	1	2,3	43	97,7	0	0	1	2,3	1	2,3	3	6,8
18n1-MAMMA	850367	736	50	6,8	0	0	13	26,0	37	74,0	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850365	773	31	4	0	0	9	29,0	22	71,0	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850372	600	21	3,5	0	0	0	0	21	100	0	0	0	0	0	0	0	0
DEK	850359	1.438	76	5,3	0	0	12	15,8	64	84,2	0	0	0	0	0	0	2	2,6
DEK	850361	1.403	64	4,6	0	0	0	0	64	100	0	0	0	0	0	0	4	6,3
DEK	850362	626	14	2,2	0	0	4	28,6	10	71,4	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT-CHIR	811809	56	4	7,1	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT-CHIR	850371	86	4	4,7	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT- KATH	850353	31	1	3,2	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT- KATH	850283	97	3	3,1	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KCH	813165	48	2	4,2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-KCH	850373	88	6	6,8	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KOMB	850354	45	2	4,4	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KOMB	850374	83	2	2,4	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850376	1.101	67	6,1	0	0	31	46,3	36	53,7	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850293	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850294	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850295	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850305	1.100	15	1,4	0	0	0	0	15	100	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850306	865	24	2,8	0	0	1	4,2	23	95,8	0	0	0	0	0	0	3	12,5
KEP	850307	938	13	1,4	0	0	2	15,4	11	84,6	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850311	799	118	14,8	0	0	55	46,6	63	53,4	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850336	1.099	18	1,6	0	0	3	16,7	15	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850375	1.023	37	3,6	0	0	8	21,6	29	78,4	0	0	0	0	0	0	0	0
LLS	850241	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LLS	850242	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LLS	850260	11	2	18,2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
LLS	850261	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LLS	850262	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LTX	850299	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LTX	850300	23	2	8,7	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
LTX	850301	24	2	8,3	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850302	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850303	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850304	16	1	6,3	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
NLS	850232	38	17	44,7	0	0	0	0	17	100	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	811821	1.365	19	1,4	0	0	1	5,3	18	94,7	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	811822	1.343	65	4,8	0	0	9	13,8	56	86,2	0	0	0	0	0	0	2	3,1
PNEU	811825	1.321	42	3,2	0	0	21	50,0	21	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	811826	1.312	37	2,8	0	0	2	5,4	35	94,6	0	0	0	0	0	0	3	8,1
PNEU	811827	1.345	8	0,6	0	0	3	37,5	5	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0
PNTX-D	850308	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNTX-D	850309	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNTX-D	850310	38	1	2,6	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		33.342	1.406	4,3	5	0,3	418	29,1	1.011	70,5	0	0	2	0,1	1	0,1	31	2,2

4.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	6.041	243	4,0	0	0	34	14,0	209	86,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	3.919	140	3,6	0	0	44	31,4	96	68,6	0	0	0	0	0	0	1	0,7
Berlin	82	82	100	0	0	19	23,2	63	76,8	0	0	2	2,4	1	1,2	1	1,2
Brandenburg	980	19	1,9	0	0	0	0	19	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	184	7	3,8	0	0	0	0	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	700	38	5,4	0	0	14	36,8	24	63,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	2.650	98	3,7	0	0	6	6,1	92	93,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	857	21	2,5	0	0	3	14,3	18	85,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	3.077	100	3,2	0	0	0	0	100	100	0	0	0	0	0	0	9	9,0
Nordrhein-Westfalen	5.009	358	7,1	0	0	244	68,2	114	31,8	0	0	0	0	0	0	20	5,.
Rheinland-Pfalz	2.096	80	3,8	0	0	7	8,8	73	91,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	513	12	2,3	0	0	0	0	12	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	1.932	54	2,8	0	0	2	3,7	52	96,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	1.013	40	3,9	4	10,0	21	52,5	15	37,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	1.181	42	3,6	1	2,4	9	21,4	32	76,2	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	1.067	23	2,2	0	0	3	13,0	20	87,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	899	49	5,5	0	0	0	0	49	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	32.200	1.406	4,40	5	0,4	406	28,9	995	70,8	0	0	2	0,1	1	0,1	31	2,2

4.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	37	4	10,8	0	0	15	40,5	0	0	1	2,7	0	0	3	8,1
09n1-HSM-IMPL	813071	49	3	6,1	1	2	21	42,9	0	0	1	2	0	0	3	6,1
09n1-HSM-IMPL	813072	104	0	0	1	1	42	40,4	0	0	6	5,8	0	0	0	0
09n2-HSM-AGGW	813073	55	0	0	0	0	20	36,4	0	0	4	7,3	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	850339	11	2	18,2	0	0	5	45,5	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	813074	85	1	1,2	0	0	32	37,6	1	1,2	5	5,9	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850313	25	0	0	1	4	14	56	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850314	5	1	20	0	0	2	40	0	0	1	20	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850315	18	1	5,6	2	11,1	6	33,3	0	0	1	5,6	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
09n4-DEFI-IMPL	850317	7	2	28,6	0	0	3	42,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850332	29	14	48,3	1	3,4	7	24,1	0	0	2	6,9	0	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850312	7	3	42,9	1	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850318	49	17	34,7	5	10,2	17	34,7	0	0	3	6,1	0	0	1	2	
16n1-GEBH	850224	33	1	3	0	0	17	51,5	0	0	2	6,1	0	0	1	3	
17n1-HÜFT-FRAK	850350	39	10	25,6	1	2,6	8	20,5	0	0	4	10,3	0	0	2	5,1	
18n1-MAMMA	850363	25	2	8	5	20	15	60	0	0	0	0	0	0	1	4	
18n1-MAMMA	850364	16	1	6,3	0	0	11	68,8	0	0	1	6,3	0	0	0	0	
18n1-MAMMA	813068	44	9	20,5	2	4,5	29	65,9	0	0	2	4,5	0	0	1	2,3	
18n1-MAMMA	850367	50	11	22	5	10	18	36	0	0	2	4	0	0	1	2	
18n1-MAMMA	850365	31	15	48,4	0	0	6	19,4	1	3,2	0	0	0	0	0	0	
18n1-MAMMA	850372	21	1	4,8	5	23,8	13	61,9	1	4,8	1	4,8	0	0	0	0	
DEK	850359	76	1	1,3	0	0	56	73,7	0	0	3	3,9	0	0	4	5,3	
DEK	850361	64	4	6,3	0	0	47	73,4	0	0	5	7,8	0	0	8	12,5	
DEK	850362	14	0	0	0	0	9	64,3	0	0	1	7,1	0	0	0	0	
HCH-AORT-CHIR	811809	4	2	50	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	
HCH-AORT-CHIR	850371	4	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
HCH-AORT-KATH	850353	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT-KATH	850283	3	1	33,3	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KCH	813165	2	1	50	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KCH	850373	6	1	16,7	0	0	4	66,7	1	16,7	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KOMB	850354	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KOMB	850374	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850376	67	1	1,5	0	0	30	44,8	2	3	3	4,5	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850293	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850294	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850305	15	0	0	2	13,3	12	80	1	6,7	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850306	24	7	29,2	0	0	15	62,5	0	0	1	4,2	0	0	0	0	0
KEP	850307	13	2	15,4	0	0	8	61,5	0	0	0	0	0	0	1	7,7	0
KEP	850311	118	39	33,1	0	0	21	17,8	0	0	2	1,7	0	0	1	0,8	0
KEP	850336	18	2	11,1	0	0	13	72,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850375	37	0	0	1	2,7	18	48,6	2	5,4	7	18,9	0	0	1	2,7	0
LLS	850260	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges					
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
LLS	850261	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LLS	850262	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LTX	850299	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LTX	850300	2	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	0	
LTX	850301	2	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	0	
LUTX	850302	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LUTX	850303	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LUTX	850304	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	
NLS	850232	17	1	5,9	1	5,9	14	82,4	0	0	0	0	1	5,9	0	0	0	
PNEU	811821	19	12	63,2	0	0	4	21,1	0	0	1	5,3	0	0	1	5,3	0	
PNEU	811822	65	36	55,4	1	1,5	17	26,2	0	0	0	0	0	0	2	3,1	0	
PNEU	811825	42	6	14,3	0	0	12	28,6	0	0	1	2,4	0	0	2	4,8	0	
PNEU	811826	37	20	54,1	0	0	14	37,8	0	0	0	0	0	0	1	2,7	0	
PNEU	811827	8	0	0	0	0	2	25	0	0	1	12,5	0	0	2	25	0	
PNTX-D	850308	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNTX-D	850309	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNTX-D	850310	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamt		1.406	234	16,6	35	2,5	629	44,7	9	0,6	62	4,4	4	0,3	38	2,7

4.5 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	243	52	21,4	0	0	148	60,9	6	2,5	0	0	0	0	3	1,2
Baden-Württemberg	140	11	7,9	0	0	73	52,1	0	0	8	5,7	0	0	4	2,9
Berlin	82	16	19,5	0	0	1	1,2	0	0	44	53,7	0	0	2	2,4
Brandenburg	19	5	26,3	0	0	13	68,4	0	0	1	5,3	0	0	0	0
Bremen	7	2	28,6	1	14,3	4	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	38	20	52,6	0	0	4	10,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	98	18	18,4	0	0	68	69,4	0	0	0	0	0	0	6	6,1
Mecklenburg-Vorpommern	21	4	19	0	0	13	61,9	0	0	1	4,8	0	0	0	0
Niedersachsen	100	30	30	1	1	68	68	1	1	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	358	31	8,7	24	6,7	43	12	0	0	1	0,3	0	0	15	4,2
Rheinland-Pfalz	80	18	22,5	0	0	53	66,3	0	0	0	0	0	0	2	2,5

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Saarland	12	3	25	0	0	8	66,7	0	0	0	0	0	0	1	8,3
Sachsen	54	7	13	1	1,9	38	70,4	1	1,9	3	5,6	0	0	2	3,7
Sachsen-Anhalt	40	2	5	7	17,5	2	5	0	0	3	7,5	0	0	1	2,5
Schleswig-Holstein	42	4	9,5	0	0	28	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	23	5	21,7	0	0	15	65,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	49	6	12,2	1	2	37	75,5	1	2	0	0	4	8,2	0	0
Gesamt	1.406	234	16,6	35	2,5	616	43,8	9	0,6	61	4,3	4	0,3	36	2,6

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

5.1 Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

5.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren – Unterdokumentation

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850097	1.115	21	1,9	0	0	14	66,7	7	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
09n2-HSM-AGGW	850164	976	11	1,1	0	0	6	54,5	5	45,5	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	850166	914	29	3,2	1	3,4	11	37,9	17	58,6	0	0	0	0	0	0	1	3,4
09n4-DEFI-IMPL	850193	857	4	0,5	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n5-DEFI-AGGW	850196	775	6	0,8	0	0	3	50,0	3	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n6-DEFI-REV	850197	741	12	1,6	0	0	5	41,7	7	58,3	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850085	795	10	1,3	0	0	4	40,0	6	60,0	0	0	0	0	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850099	1.077	8	0,7	0	0	2	25,0	6	75,0	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850081	868	12	1,4	0	0	7	58,3	5	41,7	0	0	0	0	0	0	0	0
17n1-HÜFT-FRAK	850351	1.186	13	1,1	0	0	6	46,2	7	53,8	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	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	850093	941	12	1,3	0	0	6	50,0	6	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEK	850095	1.508	72	4,8	0	0	18	25,0	54	75,0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT-KATH	850289	98	7	7,1	5	71,4	0	0	2	28,6	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT-KATH	850291	78	8	10,3	3	37,5	0	0	5	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-D	850253	104	7	6,7	0	0	0	0	7	100	0	0	1	14,3	0	0	0	0
HEP	850272	1.238	19	1,5	0	0	6	31,6	13	68,4	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850274	1.069	31	2,9	0	0	15	48,4	16	51,6	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850276	993	299	30,1	2	0,7	106	35,5	191	63,9	0	0	1	0,3	0	0	4	1,3
HTXM-D	850251	54	8	14,8	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-MKU	850249	53	7	13,2	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850239	23	2	8,7	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850348	1.136	10	0,9	0	0	2	20,0	8	80,0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850344	949	29	3,1	0	0	11	37,9	18	62,1	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850346	876	121	13,8	0	0	51	42,1	70	57,9	0	0	0	0	0	0	1	0,8
LTX	850243	22	2	9,1	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850245	17	1	5,9	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NEO	850199	732	20	2,7	0	0	7	35,0	13	65,0	0	0	0	0	0	0	0	0
NLS	850247	38	1	2,6	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	850101	1.328	27	2	1	3,7	3	11,1	23	85,2	0	0	1	3,7	0	0	1	3,7
PNTX-D	850255	40	5	12,5	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		19.869	814	4	21	2,6	280	35,3	493	62,1	0	0	3	0,4	0	0	7	0,9

5.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – Unterdokumentation

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Bespre- chung		Begehung		Zielverein- barung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	5840	72	1,2	0	0	14	19,4	58	80,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	1702	34	2	0	0	11	32,4	23	67,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	4	4	100	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	12	9	75	0	0	0	0	9	100	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

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Bespre- chung		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hamburg	294	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	1152	34	3	0	0	7	20,6	27	79,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	377	3	0,8	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	1225	16	1,3	0	0	0	0	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	3098	68	2,2	0	0	56	82,4	12	17,6	0	0	1	1,5	0	0	2	2,9
Rheinland-Pfalz	906	16	1,8	0	0	11	68,8	5	31,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	224	9	4	0	0	0	0	9	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	858	4	0,5	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	4	3	75	1	33,3	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	483	6	1,2	1	16,7	5	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	8	8	100	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	285	24	8,4	0	0	0	0	24	100	0	0	1	4,2	0	0	0	0
Gesamt	16.472	310	18,8	2	0,6	104	33,5	204	65,8	0	0	2	0,6	0	0	2	0,6

5.1.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 6: Einstufungen pro QS-Verfahren – Unterdokumentation

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850097	21	0	0	0	0	6	28,6	0	0	0	0	0	0	1	4,8
09n2-HSM-AGGW	850164	11	0	0	0	0	4	36,4	0	0	0	0	0	0	1	9,1
09n3-HSM-REV	850166	29	0	0	1	3,4	13	44,8	0	0	0	0	0	0	3	10,3
09n4-DEFI-IMPL	850193	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n5-DEFI-AGGW	850196	6	0	0	0	0	2	33,3	0	0	0	0	0	0	1	16,7
09n6-DEFI-REV	850197	12	0	0	0	0	6	50,0	1	8,3	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850085	10	0	0	0	0	6	60,0	0	0	0	0	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850099	8	0	0	0	0	6	75,0	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850081	12	0	0	0	0	5	41,7	0	0	0	0	0	0	0	0
17n1-HÜFT-FRAK	850351	13	0	0	0	0	7	53,8	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850093	12	0	0	1	8,3	5	41,7	0	0	0	0	0	0	0	0
DEK	850095	72	2	2,8	1	1,4	47	65,3	0	0	2	2,8	0	0	2	2,8
HCH-D	850253	7	0	0	0	0	6	85,7	0	0	0	0	0	0	1	14,3
HEP	850272	19	0	0	0	0	9	47,4	1	5,3	0	0	0	0	3	15,8
HTXM-D	850251	8	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KEP	850348	10	0	0	0	0	5	50,0	1	10,0	0	0	0	0	2	20,0
LTX	850243	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850245	1	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEO	850199	732	20	2,7	0	0	7	35,0	13	65,0	0	0	0	0	0	0
NLS	850247	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	850101	27	4	14,8	0	0	16	59,3	2	7,4	1	3,7	0	0	0	0
PNTX-D	850255	5	1	20,0	0	0	4	80,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		310	15	2,2	4	1,3	165	52,5	5	1,6	3	1,0	0	0	14	4,5

5.1.4 Einstufungen pro Bundesland

Tabelle 7: Einstufungen pro Bundesland – Unterdokumentation

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	72	1	1,4	0	0	53	73,6	4	5,6	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	34	0	0	1	2,9	21	61,8	0	0	0	0	0	0	1	2,9	0
Berlin	4	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Brandenburg	9	0	0	0	0	9	100	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
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	34	0	0	0	0	27	79,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	3	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	16	0	0	0	0	15	93,8	1	6,3	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	68	1	1,5	0	0	5	7,4	0	0	1	1,5	0	0	5	7,4	
Rheinland-Pfalz	16	0	0	0	0	3	18,8	0	0	2	12,5	0	0	0	0	
Saarland	9	0	0	0	0	1	11,1	0	0	0	0	0	0	8	88,9	
Sachsen	4	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sachsen-Anhalt	3	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Schleswig-Holstein	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Thüringen	8	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Institut nach § 137a SGB V	24	1	4,2	1	4,2	21	87,5	0	0	0	0	0	0	1	4,2	
Gesamt	310	7	2,3	4	1,3	170	54,8	5	1,6	3	1	0	0	15	4,8	

5.2 Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

5.2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 8: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren – Überdokumentation

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	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	850098	796	4	0,5	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	1	25,0
09n2-HSM-AGGW	850165	594	7	1,2	0	0	3	42,9	4	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	850167	524	1	0,2	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850194	532	1	0,2	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n5-DEFI-AGGW	850195	430	1	0,2	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n6-DEFI-REV	850198	369	2	0,5	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850086	433	2	0,5	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850100	797	1	0,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850082	569	2	0,4	0	0	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17n1-HÜFT-FRAK	850352	912	14	1,5	0	0	3	21,4	11	78,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850094	637	1	0,2	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEK	850096	1.374	35	2,5	0	0	15	42,9	20	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850273	992	6	0,6	0	0	1	16,7	5	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme						
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung		
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
HTXM-D	850252	54	2	3,7	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850349	861	3	0,3	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850246	17	1	5,9	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEO	850200	390	8	2,1	0	0	5	62,5	3	37,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NLS	850248	37	1	2,7	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	850102	1.141	28	2,5	0	0	9	32,1	19	67,9	0	0	0	0	1	3,6	1	3,6	
Gesamt	-	11.145	120	1,0	3	2,6	36	31,3	76	66,1	0	0	0	0	1	0,9	2	1,7	

5.2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 9: Durchgeführte Maßnahme pro Bundesland – Überdokumentation

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme						
		n	%	n	%	Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung		
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	2598	11	0,4	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	1702	8	0,5	0	0	2	25	6	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	8	8	100	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	1	12,5	1	12,5	

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brandenburg	6	5	83,3	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	3	3	100	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	297	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	1154	25	2,2	0	0	9	36	16	64	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	375	1	0,3	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	211	4	1,9	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	2526	29	1,1	0	0	24	82,8	5	17,2	0	0	0	0	0	0	1	3,4
Rheinland-Pfalz	906	6	0,7	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	224	2	0,9	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	858	6	0,7	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	3	3	100	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	478	4	0,8	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	2	1	50	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	283	4	1,4	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	4317	120	2,8	0	0	41	34,2	79	65,8	0	0	0	0	1	0,8	2	1,7

5.2.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 10: Einstufungen pro QS Verfahren – AKs zur Überdokumentation

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges					
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
09n1-HSM-IMPL	850098	4	1	25 %	0	0 %	2	50 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	25 %
09n2-HSM-AGGW	850165	7	0	0 %	0	0 %	4	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
09n3-HSM-REV	850167	1	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
09n4-DEFI-IMPL	850194	1	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
09n5-DEFI-AGGW	850195	1	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
09n6-DEFI-REV	850198	2	0	0 %	0	0 %	2	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
10n2-KAROT	850086	2	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
15n1-GYN-OP	850100	1	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
16n1-GEBH	850082	2	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
17n1-HÜFT-FRAK	850352	14	0	0 %	1	9 %	7	64 %	1	9 %	1	9 %	0	0 %	0	0 %	1	9 %
18n1-MAMMA	850094	1	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
DEK	850096	35	0	0 %	0	0 %	18	90 %	0	0 %	1	5 %	0	0 %	0	0 %	1	5 %
HEP	850273	6	0	0 %	0	0 %	2	40 %	0	0 %	1	20 %	0	0 %	0	0 %	2	40 %
HTXM-D	850252	2	0	0 %	0	0 %	2	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
KEP	850349	3	0	0 %	0	0 %	1	50 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	50 %

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LUTX	850246	1	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
NEO	850200	8	0	0%	0	0%	1	33%	0	0%	1	33%	0	0%	1	33%
NLS	850248	1	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
PNEU	850102	28	6	32 %	0	0 %	10	53 %	1	5 %	2	11 %	0	0 %	0	0 %
Gesamt		120	8	7,0	1	0,9	54	47,4	2	1,8	5	4,4	0	0	6	5,3

5.2.4 Einstufungen pro Bundesland

Tabelle 11: Einstufungen pro Bundesland – Überdokumentation

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	11	0	0	0	0	9	81,8	1	9,1	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	8	1	12,5	0	0	5	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	8	6	75	0	0	0	0	0	0	2	25	0	0	0	0	0
Brandenburg	5	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hessen	25	0	0	0	0	11	44	0	0	0	0	0	0	5	20
Mecklenburg-Vorpommern	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	4	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	29	1	3,4	1	3,4	1	3,4	0	0	1	3,4	0	0	1	3,4
Rheinland-Pfalz	6	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	6	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	4	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0	1	25
Thüringen	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	4	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	120	8	6,7	1	0,8	55	45,8	2	1,7	6	5	0	0	7	5,8

5.3 Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

5.3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 12: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren – MDS

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	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	847	9	1,1	0	0	6	66,7	3	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
09n2-HSM-AGGW	850218	693	1	0,1	0	0	0	0,0	1	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	850219	620	9	1,5	0	0	5	55,6	4	44,4	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850220	568	4	0,7	0	0	3	75,0	1	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n5-DEFI-AGGW	850221	475	2	0,4	0	0	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n6-DEFI-REV	850222	419	3	0,7	0	0	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850223	475	14	2,9	0	0	4	28,6	10	71,4	0	0	0	0	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850225	810	7	0,9	0	0	6	85,7	1	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850226	560	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850227	664	12	1,8	0	0	6	50,0	6	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	850229	1126	12	1,1	0	0	6	50,0	6	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEK	850230	1361	0	1,3	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-D	850281	103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17n1-HÜFT-FRAK	850368	935	5	0,5	0	0	2	40,0	3	60,0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850369	1002	7	0,7	0	0	3	42,9	4	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850370	879	6	0,7	0	0	1	16,7	5	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	-	9.513	91	1	0	0	45	49,5	46	50,5	0	0	0	0	0	0	0	0

5.3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 13: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – MDS

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	2.524	14	0,6	0	0	3	21,4	11	78,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	1.632	9	0,6	0	0	4	44,4	5	55,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	6	6	100	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	9	3	33,3	0	0	0	0	3	100	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
Hamburg	280	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	1.111	9	0,8	0	0	5	55,6	4	44,4	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecklenburg-Vorpommern	362	1	0,3	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	62	4	6,5	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	3.054	27	0,9	0	0	25	92,6	2	7,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	881	4	0,5	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	216	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	816	5	0,6	0	0	0	0	5	100	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
Schleswig-Holstein	477	5	1	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	4	4	100	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	11.537	91	0,8	0	0	45	49,5	46	50,5	0	0	0	0	0	0	0	0

5.3.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 14: Einstufungen pro QS-Verfahren – MDS

Modul	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	9	2	22,2	0	0	0	50	0	0	1	11,1	0	0	0	0
09n2-HSM-AGGW	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	9	1	11,1	0	0	3	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n5-DEFI-AGGW	2	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n6-DEFI-REV	3	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	14	7	50	0	0	2	25	0	0	0	0	0	0	1	7,1
15n1-GYN-OP	7	0	0	0	0	1	50	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
17n1-HÜFT-FRAK	5	2	40	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	12	2	16,7	0	0	3	100	0	0	1	8,3	0	0	0	0
DEK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-D	0	0	0	0	0	0	28,6	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	7	2	28,6	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	6	3	50	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	16,7

Modul	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
PNEU	12	4	33,3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	91	25	27,5	0	0	17	18,7	0	0	2	2,2	0	0	2	2,2	

5.3.4 Einstufungen pro Bundesland

Tabelle 15: Einstufungen pro Bundesland – MDS

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	14	8	57,1	0	0	3	21,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	9	3	33,3	0	0	2	22,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	6	4	66,7	0	0	0	0	0	0	2	33,3	0	0	0	0	0
Brandenburg	3	2	66,7	0	0	1	33,3	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
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	9	0	0	0	0	4	44,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	
Niedersachsen	4	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nordrhein-Westfalen	27	2	7,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	4	0	0	0	0	1	25	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
Sachsen	5	2	40	0	0	2	40	0	0	0	0	0	0	1	20	0
Sachsen-Anhalt	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	4	0	0	0	0	4	100	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
Gesamt	91	25	27,5	0	0	17	18,7	0	0	2	2,2	0	0	2	2,2	0

5.4 Dokumentationsraten im Follow-up und unbekannter Überlebensstatus

5.4.1 Herztransplantation

	AK-ID 850257	AK-ID 850258	AK-ID 850259
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	22	21	22
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1	1
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	1	1	1
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0
Bewertungen			
korrekte/vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	1	1
sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

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

AK ID 850258: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK ID 850259: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

HTXM-TX: Bei AK-ID 850293, 850294 und 850295 (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 2-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

5.4.2 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

	AK-ID 850266	AK-ID 850267	AK-ID 850304
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≤ 5 %
Indikatorergebnisse	16	16	16
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1	1
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	1	1	1
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0
Bewertungen			
korrekte/vollständige Dokumentation [U30, U99]	0	1	0
fehlerhafte/unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID: 850267: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850268: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850304: häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

LUTX: Bei AK-ID 850302, 850303 und 850368 (häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up, häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up, Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

5.4.3 Lebertransplantation

	AK-ID 850300	AK-ID 850301	AK-ID 850263	AK-ID 850264	AK-ID 850265
Referenzbereiche	≤ 5,00 %	≤ 5,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	23	24	24	23	24
Ergebnisse					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	2	5	3	3
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	2	1	3
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	1	0	3
Maßnahmen					
Hinweise	0	0	0	0	0
Stellungnahmen	2	2	5	3	3
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechungen	0	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0	0
Bewertungen					
korrekte/vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0	1	1	1
fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	1	5	3	3
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0	0	0

	AK-ID 850300	AK-ID 850301	AK-ID 850263	AK-ID 850264	AK-ID 850265
Wiederholte Auffälligkeiten					
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0	0

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 850300: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

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

Bei den AK-ID 850299 (häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

5.4.4 Leberlebenspende

	AK-ID 850260
Referenzbereiche	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	10
Ergebnisse	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0
Maßnahmen	
Hinweise	0
Stellungnahmen	2
Weiterführende Maßnahmen	
Besprechungen	0
Begehungen	0
Zielvereinbarungen	0

AK-ID 850260	
Bewertungen	
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	2
Sonstiges [S99, S90, S91]	0
Wiederholte Auffälligkeiten	
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0

Anmerkungen:

AK-ID 850260: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

Bei AK-ID 850261, 850262 (Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up, Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

5.4.5 Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

	AK-ID 850310	AK-ID 850278	AK-ID 850279	AK-ID 850280
Referenzbereiche	≤ 5,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	38	38	39	39
Ergebnisse				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	5	3	5
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	1	2	2
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	1	0	0
Maßnahmen				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	1	5	3	5
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechungen	0	0	0	1
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0
Bewertungen				

	AK-ID 850310	AK-ID 850278	AK-ID 850279	AK-ID 850280
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	5	3	5
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten				
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850310: Häufige Angabe eines unbekanntenen Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

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

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

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

Bei AK-ID 850308 und 850309 (Häufige Angabe eines unbekanntenen Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up bzw. im 2-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

5.4.6 Nierenlebenspende

	AK-ID 850269	AK-ID 850270	AK-ID 850271
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	38	39	38
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	7	3
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	1	0
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	2	7	3

	AK-ID 850269	AK-ID 850270	AK-ID 850271
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0
Bewertungen			
korrekte/vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	1	0
fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	2	6	3
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
favon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850269: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850270: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850271: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

5.5 Dokumentationsraten in den Zählleistungsbereichen

5.5.1 Hüftendoprothesenversorgung

	AK-ID 850274	AK-ID 850275	AK-ID 850276	AK-ID 850277
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≤ 110,00 %	≥ 95,00 %	≤ 110,00 %
Indikatorergebnisse	1.069	1.000	993	841
Ergebnisse				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	31	6	299	43
Maßnahmen				
Hinweise	15	0	106	26
Stellungnahmen	16	6	191	17
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechungen	0	0	1	0

	AK-ID 850274	AK-ID 850275	AK-ID 850276	AK-ID 850277
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	4	1
Bewertungen				
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0	10	1
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	13	4	157	13
Sonstiges [S99, S90, S91]	3	2	26	3

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 850347	AK-ID 850346	AK-ID 850345
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≤ 110,00 %	≥ 95,00	≤ 110,00 %
Indikatorergebnisse	949	745	876	863
Ergebnisse				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	29	43	121	4
Maßnahmen				
Hinweise	11	26	51	1
Stellungnahmen	18	17	70	3
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	1	0
Bewertungen				
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	1	1	6	1
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	15	14	57	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	2	2	7	1

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	AK-ID 850250
Referenzbereiche	≥ 1000 %	≤ 110,00 %	≥ 100	≥ 100
Indikatorergebnisse	23	23	53	53
Ergebnisse				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	1	7	2
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1	0	2	0
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	0	0	0	0
Keine Maßnahme	2	1	7	2
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0
Bewertungen				
vollständige Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	0
unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0	0
Sonstiges [S99, S90, S91]	2	1	7	2
Wiederholte Auffälligkeiten				
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0

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)

AK-ID 850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (HTXM-MKU)

5.5.4 Isolierte Aortenklappenchirurgie (kathetergestützt)

	AK-ID 850289	AK-ID 850291
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	98	78
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	7	8
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1	1
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0
Maßnahmen		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	2	5
Keine Maßnahmen	5	3
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
Bewertungen		
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	2	5
Sonstiges [S99, S90, S91]	5	3
Wiederholte Auffälligkeiten		
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0

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 Strukturier-ten Dialog nicht behandelt.