



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zur Datenvalidierung 2018 (nach QSKH-RL)

Erfassungsjahr 2017. Anhang

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Mai 2019

Impressum

Thema:

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

Ansprechpartnerin:

Anna Maria Steinmann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

28. Mai 2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	8
1.1 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)	8
1.2 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFTFRAK)	14
1.3 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH).....	24
2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	39
2.1 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität.....	39
3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	53
3.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation	57
3.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation	65
3.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz (MDS).....	72
3.4 Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate im Follow-up.....	78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenfeld 13 – Indikation zum Aggregatwechsel	8
Tabelle 2: Datenfeld 14 – Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	8
Tabelle 3: Datenfeld 17 – Dauer des Eingriffs	8
Tabelle 4: Datenfeld 18 – System	9
Tabelle 5: Datenfeld 19 – Vorhof: Reizschwelle	9
Tabelle 6: Datenfeld 20 – Vorhof: Reizschwelle nicht gemessen	10
Tabelle 7: Datenfeld 21 – Vorhof: P-Wellen-Amplitude	10
Tabelle 8: Datenfeld 22 – Vorhof: P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	10
Tabelle 9: Datenfeld 23 – Rechtsventrikuläre Sonde: Reizschwelle	11
Tabelle 10: Datenfeld 24 – Restventrikuläre Sonde: Reizschwelle nicht gemessen	11
Tabelle 11: Datenfeld 25 – Rechtsventrikuläre Sonde: R-Amplitude	11
Tabelle 12: Datenfeld 26 – Rechtsventrikuläre Sonde: R-Amplitude nicht gemessen	12
Tabelle 13: Datenfeld 27 – Linksventrikuläre Sonde: Reizschwelle	12
Tabelle 14: Datenfeld 28 – Linksventrikuläre Sonde: Reizschwelle nicht gemessen	12
Tabelle 15: Datenfeld 34 – Interventionspflichtiges Taschenhämatom	13
Tabelle 16: Datenfeld 35 – Postoperative Wundinfektion	13
Tabelle 17: Datenfeld 38 – Entlassgrund	13
Tabelle 18: Datenfeld 11 – Frakturereignis	14
Tabelle 19: Datenfeld 12 – Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut- stationären Aufenthaltes)	14
Tabelle 20: Datenfeld 14 – Frakturlokalisierung	14
Tabelle 21: Datenfeld 17 – Art der Medikation	15
Tabelle 22: Datenfeld 18 – Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	15
Tabelle 23: Datenfeld 19 – Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor Fraktur)	16
Tabelle 24: Datenfeld 20 – Pflegegrad (bei Aufnahme)	16
Tabelle 25: Datenfeld 21 – ASA-Klassifikation	16
Tabelle 26: Datenfeld 29 – Primäre Implantatfehlage	17
Tabelle 27: Datenfeld 30 – Sekundäre Implantatdislokation	17
Tabelle 28: Datenfeld 31 – OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom	17
Tabelle 29: Datenfeld 32 – OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	18
Tabelle 30: Datenfeld 33 – Bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	18
Tabelle 31: Datenfeld 34 – Fraktur	18
Tabelle 32: Datenfeld 35 – Reoperationspflichtige Wunddehiszenz	19
Tabelle 33: Datenfeld 36 – Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	19
Tabelle 34: Datenfeld 38 – Postoperative Wundinfektion	19
Tabelle 35: Datenfeld 39 – Wundinfektionstiefe	20
Tabelle 36: Datenfeld 42 – Pneumonie	20
Tabelle 37: Datenfeld 43 – Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation	20

Tabelle 38: Datenfeld 44 – Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose.....	21
Tabelle 39: Datenfeld 45 – Lungenembolie.....	21
Tabelle 40: Datenfeld 46 – Katheterassoziierte Harnwegsinfektion	21
Tabelle 41: Datenfeld 47 - Schlaganfall.....	22
Tabelle 42: Datenfeld 48 – Akute gastrointestinale Blutung	22
Tabelle 43: Datenfeld 49 – Akute Niereninsuffizienz.....	22
Tabelle 44: Datenfeld 52 – Systematische Erfassung individueller Sturzrisikofaktoren	23
Tabelle 45: Datenfeld 53 - Maßnahmen Sturzprophylaxe	23
Tabelle 46: Datenfeld 58 – Gehstrecke (bei Entlassung)	23
Tabelle 47: Datenfeld 59 – Gehhilfen (bei Entlassung).....	24
Tabelle 48: Datenfeld 61 – Entlassgrund.....	24
Tabelle 49: Datenfeld 9 – Körpergröße	24
Tabelle 50: Datenfeld 10 – Körpergröße unbekannt	25
Tabelle 51: Datenfeld 11 – Körpergewicht bei Aufnahme (in kg).....	25
Tabelle 52: Datenfeld 12 – Körpergewicht bei Aufnahme unbekannt	25
Tabelle 53: Datenfeld 13 – Klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) 26	
Tabelle 54: Datenfeld 15 – Infarkt(e).....	26
Tabelle 55: Datenfeld 16 – Kardiogener Schock/Dekompensation	27
Tabelle 56: Datenfeld 17 – Reanimation.....	27
Tabelle 57: Datenfeld 18 – Patient wird beatmet	27
Tabelle 58: Datenfeld 19 – Pulmonale Hypertonie.....	28
Tabelle 59: Datenfeld 20 – Herzrhythmus bei Aufnahme.....	28
Tabelle 60: Datenfeld 22 – Einstufung nach ASA-Klassifikation	28
Tabelle 61: Datenfeld 23 – LVEF	29
Tabelle 62: Datenfeld 24 – Koronarangiographiebefund.....	29
Tabelle 63: Datenfeld 27 – Anzahl (Voroperation vor aktueller Aufnahme).....	29
Tabelle 64: Datenfeld 29 – Diabetes mellitus.....	30
Tabelle 65: Datenfeld 30 – Arterielle Gefäßerkrankung	30
Tabelle 66: Datenfeld 31 – periphere AVKs.....	30
Tabelle 67: Datenfeld 32 – Arteria Carotis	31
Tabelle 68: Datenfeld 33 – Aortenaneurysma.....	31
Tabelle 69: Datenfeld 34 – Sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	31
Tabelle 70: Datenfeld 35 – Lungenerkrankung(en)	32
Tabelle 71: Datenfeld 36 – Neurologische Erkrankung(en)	32
Tabelle 72: Datenfeld 37 – Schweregrad der Behinderung	32
Tabelle 73: Datenfeld 38 – Präoperative Nierenersatztherapie.....	33
Tabelle 74: Datenfeld 39 – Kreatininwert i.S. in mg/dl*präoperativ	33
Tabelle 75: Datenfeld 40 – Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$ *präoperativ.....	33
Tabelle 76: Datenfeld 48 – Dringlichkeit.....	34
Tabelle 77: Datenfeld 51 – Inotrope (präoperativ) i.v.	34
Tabelle 78: Datenfeld 52 – (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung.....	34
Tabelle 79: Datenfeld 53 – Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC.....	35

Tabelle 80: Datenfeld 55 – OP-Zeit Schnitt-Nahtzeit35

Tabelle 81: Datenfeld 56 – Anzahl der Grafts.....35

Tabelle 82: Datenfeld 57 – ITA links.....36

Tabelle 83: Datenfeld 58 – Sonstige Grafts36

Tabelle 84: Datenfeld 86 – Mediastinitis36

Tabelle 85: Datenfeld 87 – Zerebrales/zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung37

Tabelle 86: Datenfeld 88 – Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses37

Tabelle 87: Datenfeld 89 – Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung38

Tabelle 88: Datenfeld 99 – Entlassungsgrund38

Tabelle 89: Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AKs) zur Plausibilität und
Vollständigkeit zum EJ 2017 nach QS-Verfahren geordnet.....39

Tabelle 90: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit
zum EJ 201743

Tabelle 91: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur
Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 201746

Tabelle 92: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur
Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 201750

Tabelle 93: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Bundesland bezüglich der
Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 201751

Tabelle 94: Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AKs) zur Vollzähligkeit zum EJ 2017
nach QS-Verfahren geordnet.....53

Tabelle 95: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ
201757

Tabelle 96: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur
Unterdokumentation zum EJ 201759

Tabelle 97: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur
Unterdokumentation zum EJ 201762

Tabelle 98: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Bundesland bezüglich der
Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 201763

Tabelle 99: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ
201765

Tabelle 100: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK)
zur Überdokumentation zum EJ 201767

Tabelle 101: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur
Überdokumentation zum EJ 201769

Tabelle 102: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Bundesland bezüglich der
Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 201770

Tabelle 103: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ
201772

Tabelle 104: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK)
zum Minimaldatensatz zum EJ 201773

Tabelle 105: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2017	75
Tabelle 106: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2017.	76
Tabelle 107: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-up zum EJ 2017	78
Tabelle 108: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-Up zum EJ 2017	79

1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

1.1 Herzschrittmarker-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)

Die Anzahl der überprüften Standorte dieses Verfahrens beträgt 48.

Tabelle 1: Datenfeld 13 – Indikation zum Aggregatwechsel

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	1	0,2 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	610	99,7 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,2 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	612	100 %
Übereinstimmungsrate	610/612	99,7 %
Abweichungsrate	2/612	0,3 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	4,2 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	46	95,8 %

Tabelle 2: Datenfeld 14 – Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	60	9,8 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	519	84,8 %
Abweichungen Patientenakte und QS-Dokumentation	33	5,4 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	612	100,0 %
Übereinstimmungsrate	519/612	84,8 %
Abweichungsrate	93/612	15,2 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	52,1 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23	47,9 %

Tabelle 3: Datenfeld 17 – Dauer des Eingriffs

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	3	0,5 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	571	93,3 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	6,2 %

	Anzahl	Anteil
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	612	100,0 %
Übereinstimmungsrate	571/612	93,3 %
Abweichungsrate	41/612	6,7 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	17	35,4 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	31	64,6 %

Tabelle 4: Datenfeld 18 – System

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	612	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	612	100,0%
Übereinstimmungsrate	612/612	100,0%
Abweichungsrate	0/612	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	48	100,0%

Tabelle 5: Datenfeld 19 – Vorhof: Reizschwelle

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	12	2,6%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	392	85,4%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	55	12,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	459	100,0%
Übereinstimmungsrate	392/459	85,4%
Abweichungsrate	67/459	14,6%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	52,1%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23	47,9%

Tabelle 6: Datenfeld 20 – Vorhof: Reizschwelle nicht gemessen

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	449	97,8%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	10	2,2%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	459	100,0%
Übereinstimmungsrate	449/459	97,8%
Abweichungsrate	10/459	2,2%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	14,6%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	41	85,4%

Tabelle 7: Datenfeld 21 – Vorhof: P-Wellen-Amplitude

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	11	2,4%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	389	83,5%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	66	14,2%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	466	100,0%
Übereinstimmungsrate	389/466	83,5%
Abweichungsrate	77/466	16,5%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	26	54,2%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	22	45,8%

Tabelle 8: Datenfeld 22 – Vorhof: P-Wellen-Amplitude nicht gemessen

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	2	0,4%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	454	97,4%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	10	2,2%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	466	100,0%
Übereinstimmungsrate	454/466	97,4%
Abweichungsrate	12/466	2,6%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	20,8%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	38	79,2%

Tabelle 9: Datenfeld 23 – Rechtsventrikuläre Sonde: Reizschwelle

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	17	2,8%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	520	86,2%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	66	11,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	603	100,0%
Übereinstimmungsrate	520/603	86,2%
Abweichungsrate	83/603	13,8%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	52,1%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23	47,9%

Tabelle 10: Datenfeld 24 – Restventrikuläre Sonde: Reizschwelle nicht gemessen

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	600	99,5%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	0,5%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	603	100,0%
Übereinstimmungsrate	600/603	99,5%
Abweichungsrate	3/603	0,5%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	6,3%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	45	93,8%

Tabelle 11: Datenfeld 25 – Rechtsventrikuläre Sonde: R-Amplitude

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	11	1,8%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	512	84,9%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	80	13,3%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	603	100,0%
Übereinstimmungsrate	512/603	84,9%
Abweichungsrate	91/603	15,1%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	52,1%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23	47,9%

Tabelle 12: Datenfeld 26 – Rechtsventrikuläre Sonde: R-Amplitude nicht gemessen

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	2	0,3%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	583	96,7%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	3,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	603	100,0%
Übereinstimmungsrate	583/603	96,7%
Abweichungsrate	20/603	3,3%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	13	27,1%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	35	72,9%

Tabelle 13: Datenfeld 27 – Linksventrikuläre Sonde: Reizschwelle

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	1	5,9%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	14	82,4%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	11,8%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	17	100,0%
Übereinstimmungsrate	14/17	82,4%
Abweichungsrate	3/17	17,7%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	6,3%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	45	93,8%

Tabelle 14: Datenfeld 28 – Linksventrikuläre Sonde: Reizschwelle nicht gemessen

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	17	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	17	100,0%
Übereinstimmungsrate	17/17	100,0%
Abweichungsrate	0/17	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	48	100,0%

Tabelle 15: Datenfeld 34 – Interventionspflichtiges Taschenhämatom

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	0,0%
Übereinstimmungsrate	0	0,0%
Abweichungsrate	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	48	100,0%

Tabelle 16: Datenfeld 35 – Postoperative Wundinfektion

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	0,0%
Übereinstimmungsrate	0	0,0%
Abweichungsrate	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	48	100,0%

Tabelle 17: Datenfeld 38 – Entlassgrund

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	1	0,2%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	611	99,8%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	612	100,0%
Übereinstimmungsrate	611/612	99,8%
Abweichungsrate	1/612	0,2%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	2,1%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	47	97,9%

1.2 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFTFRAK)

Die Anzahl der überprüften Standorte dieses Verfahrens beträgt 62.

Tabelle 18: Datenfeld 11 – Frakturereignis

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1.173	99,5%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	0,5%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1.179	100,0%
Übereinstimmungsrate	1.173/1.179	99,5%
Abweichungsrate	6/1179	0,5%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	6	9,7%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	56	90,3%

Tabelle 19: Datenfeld 12 – Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	23	71,9%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	9	28,1%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	32	100,0%
Übereinstimmungsrate	23/32	71,9%
Abweichungsrate	9/32	28,1%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	12,9%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	54	87,1%

Tabelle 20: Datenfeld 14 – Frakturlokalisation

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1146	97,2%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	33	2,8%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1179	100,0%

	Anzahl	Anteil
Übereinstimmungsrate	1146/1179	97,2%
Abweichungsrate	33/1179	2,8%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	23	37,1%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	39	62,9%

Tabelle 21: Datenfeld 17 – Art der Medikation

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	392,83	72,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	148	27,1%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	546	99,1%
Übereinstimmungsrate	392,83/546	72,0%
Abweichungsrate	148/546	27,1%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	52	83,9%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	10	16,1%

Tabelle 22: Datenfeld 18 – Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	3	0,3%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	815	69,1%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	361	30,6%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1.179	100,0%
Übereinstimmungsrate	815/1.179	69,1%
Abweichungsrate	364/1.179	30,9%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	53	85,5%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9	14,5%

Tabelle 23: Datenfeld 19 – Gehilfen (bei Aufnahme oder vor Fraktur)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	168	14,3%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	864	73,3%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	147	12,5%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1.179	100,0%
Übereinstimmungsrate	864/1.179	73,3%
Abweichungsrate	315/1.179	26,8%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	54	87,1%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	12,9%

Tabelle 24: Datenfeld 20 – Pflegegrad (bei Aufnahme)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	73	6,2%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	881	74,7%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	225	19,1%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1.179	100,0%
Übereinstimmungsrate	881/1.179	74,7%
Abweichungsrate	298/1.179	25,3%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	52	83,9%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	10	16,1%

Tabelle 25: Datenfeld 21 – ASA-Klassifikation

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	8	0,7%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	995	84,4%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	176	14,9%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1.179	100,0%
Übereinstimmungsrate	995/1.179	84,4%
Abweichungsrate	184/1.179	15,6%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	42	67,7%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	20	32,3%

Tabelle 26: Datenfeld 29 – Primäre Implantatfehlfrage

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	21	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	21	100,0%
Übereinstimmungsrate	21/21	100,0%
Abweichungsrate	0/21	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	62	100,0%

Tabelle 27: Datenfeld 30 – Sekundäre Implantatdislokation

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	85,7%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	14,3%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	21	100,0%
Übereinstimmungsrate	18/21	85,7%
Abweichungsrate	3/21	14,3%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	4,8%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	59	95,2%

Tabelle 28: Datenfeld 31 – OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	15	71,4%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	28,6%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	21	100,0%
Übereinstimmungsrate	15/21	71,4%
Abweichungsrate	6/21	28,6%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	8,1%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	57	91,9%

Tabelle 29: Datenfeld 32 – OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	21	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	21	100,0%
Übereinstimmungsrate	21/21	100,0%
Abweichungsrate	0/21	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	62	100,0%

Tabelle 30: Datenfeld 33 – Bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	95,2%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	4,8%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	21	100,0%
Übereinstimmungsrate	20/21	95,2%
Abweichungsrate	1/21	4,8%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	1,6%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	61	98,4%

Tabelle 31: Datenfeld 34 – Fraktur

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	95,2%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	4,8%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	21	100,0%
Übereinstimmungsrate	20/21	95,2%
Abweichungsrate	1/21	4,8%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	1,6%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	61	98,4%

Tabelle 32: Datenfeld 35 – Reoperationspflichtige Wunddehiszenz

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	95,2%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	4,8%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	21	100,0%
Übereinstimmungsrate	20/21	95,2%
Abweichungsrate	1/21	4,8%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	1,6%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	61	98,4%

Tabelle 33: Datenfeld 36 – Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	21	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	21	100,0%
Übereinstimmungsrate	21/21	100,0%
Abweichungsrate	0/21	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	62	100,0%

Tabelle 34: Datenfeld 38 – Postoperative Wundinfektion

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1.175	99,7%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	0,3%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1.179	100,0%
Übereinstimmungsrate	1.175/1.179	99,7%
Abweichungsrate	4/1.179	0,3%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	4,8%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	59	95,2%

Tabelle 35: Datenfeld 39 – Wundinfektionstiefe

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	28,6%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	71,4%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	7	100,0%
Übereinstimmungsrate	2/7	28,6%
Abweichungsrate	5/7	71,4%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	6,5%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	58	93,6%

Tabelle 36: Datenfeld 42 – Pneumonie

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	117	84,2%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	22	15,8%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	139	100,0%
Übereinstimmungsrate	117/139	84,2%
Abweichungsrate	22/139	15,8%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	17	27,4%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	45	72,6%

Tabelle 37: Datenfeld 43 – Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	121	87,1%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	13,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	139	100,0%
Übereinstimmungsrate	121/139	87,1%
Abweichungsrate	18/139	13,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	17	27,4%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	45	72,6%

Tabelle 38: Datenfeld 44 – Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	139	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	139	100,0%
Übereinstimmungsrate	139/139	100,0%
Abweichungsrate	0/139	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	62	100,0%

Tabelle 39: Datenfeld 45 – Lungenembolie

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	137	98,7%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	1,4%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	139	100,0%
Übereinstimmungsrate	137/139	98,6%
Abweichungsrate	2/139	1,4%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	3,2%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	60	96,8%

Tabelle 40: Datenfeld 46 – Katheterassoziierte Harnwegsinfektion

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	116	83,5%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	23	16,6%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	139	100,0%
Übereinstimmungsrate	116/139	83,5%
Abweichungsrate	23/139	16,6%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	14	22,6%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	48	77,4%

Tabelle 41: Datenfeld 47 - Schlaganfall

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	139	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	139	100,0%
Übereinstimmungsrate	139/139	100,0%
Abweichungsrate	0/139	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	62	100,0%

Tabelle 42: Datenfeld 48 – Akute gastrointestinale Blutung

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	138	99,3%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,7%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	139	100,0%
Übereinstimmungsrate	138/139	99,3%
Abweichungsrate	1/139	0,7%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	1,6%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	61	98,4%

Tabelle 43: Datenfeld 49 – Akute Niereninsuffizienz

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	130	93,5%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	9	6,5%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	139	100,0%
Übereinstimmungsrate	130/139	93,5%
Abweichungsrate	9/139	6,5%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	12,9%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	54	87,1%

Tabelle 44: Datenfeld 52 – Systematische Erfassung individueller Sturzrisikofaktoren

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1.028	87,2%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	151	12,8%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1.179	100,0%
Übereinstimmungsrate	1.028/1.179	87,2%
Abweichungsrate	151/1.179	12,8%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	30	48,4%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32	51,6%

Tabelle 45: Datenfeld 53 - Maßnahmen Sturzprophylaxe

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	63	5,3%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1.073	91,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	43	3,7%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1179	100,0%
Übereinstimmungsrate	1.073/1.179	91,0%
Abweichungsrate	106/1.179	9,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	40,3%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	37	59,7%

Tabelle 46: Datenfeld 58 – Gehstrecke (bei Entlassung)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	27	2,3%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	858	72,8%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	294	24,9%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1.179	100,0%
Übereinstimmungsrate	858/1.179	72,8%
Abweichungsrate	321/1.179	27,2%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	55	88,7%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	11,3%

Tabelle 47: Datenfeld 59 – Gehhilfen (bei Entlassung)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	39	3,3%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	940	79,7%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	200	17,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1.179	100,0%
Übereinstimmungsrate	940/1.179	79,7%
Abweichungsrate	239/1.179	20,3%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	53	85,5%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9	14,5%

Tabelle 48: Datenfeld 61 – Entlassgrund

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	3	0,3%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1.175	99,7%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,1%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1.179	100,0%
Übereinstimmungsrate	1.175/1.179	99,7%
Abweichungsrate	4/1.179	0,3%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	4,8%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	59	95,2%

1.3 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

Die Anzahl der überprüften Standorte dieses Verfahrens beträgt 5.

Tabelle 49: Datenfeld 9 – Körpergröße

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	97	97,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	3,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	97/100	97,0%
Abweichungsrate	3/100	3,0%

	Anzahl	Anteil
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,0%

Tabelle 50: Datenfeld 10 – Körpergröße unbekannt

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	98	98,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	2,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	98/100	98,0%
Abweichungsrate	2/100	2,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,0%

Tabelle 51: Datenfeld 11 – Körpergewicht bei Aufnahme (in kg)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	87	87,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	13,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	87/100	87,0%
Abweichungsrate	13/100	13,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 52: Datenfeld 12 – Körpergewicht bei Aufnahme unbekannt

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	98	98,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	2,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%

	Anzahl	Anteil
Übereinstimmungsrate	98/100	98,0%
Abweichungsrate	2/100	2,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,0%

Tabelle 53: Datenfeld 13 – Klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	7	7,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	74	74,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	19	19,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	74/100	74,0%
Abweichungsrate	26/100	26,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	60,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	40,0%

Tabelle 54: Datenfeld 15 – Infarkt(e)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	88	88,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	12	12,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	88/100	88,0%
Abweichungsrate	12/100	12,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	80,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	20,0%

Tabelle 55: Datenfeld 16 – Kardiogener Schock/Dekompensation

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	100	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	100/100	100,0%
Abweichungsrate	0/100	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	100,0%

Tabelle 56: Datenfeld 17 – Reanimation

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	98	98,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	2,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	98/100	98,0%
Abweichungsrate	2/100	2,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,0%

Tabelle 57: Datenfeld 18 – Patient wird beatmet

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	98	98,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	2,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	98/100	98,0%
Abweichungsrate	2/100	2,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 58: Datenfeld 19 – Pulmonale Hypertonie

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	99	99,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	1,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	99/100	99,0%
Abweichungsrate	1/100	1,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,0%

Tabelle 59: Datenfeld 20 – Herzrhythmus bei Aufnahme

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	98	98,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	2,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	98/100	98,0%
Abweichungsrate	2/100	2,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 60: Datenfeld 22 – Einstufung nach ASA-Klassifikation

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	3	3,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	76	76,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	21	21,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	76/100	76,0%
Abweichungsrate	24/100	24,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	60,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	40,0%

Tabelle 61: Datenfeld 23 – LVEF

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	97	97,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	3,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	97/100	97,0%
Abweichungsrate	3/100	3,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 62: Datenfeld 24 – Koronarangiographiebefund

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	94	94,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	6,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	94/100	94,0%
Abweichungsrate	6/100	6,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	80,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	20,0%

Tabelle 63: Datenfeld 27 – Anzahl (Voroperation vor aktueller Aufnahme)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	96	96,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	4,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	96/100	96,0%
Abweichungsrate	4/100	4,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 64: Datenfeld 29 – Diabetes mellitus

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	94	94,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	6,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	94/100	94,0%
Abweichungsrate	6/100	6,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	60,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	40,0%

Tabelle 65: Datenfeld 30 – Arterielle Gefäßerkrankung

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	1	1,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	95	95,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	4,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	95/100	95,0%
Abweichungsrate	5/100	5,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 66: Datenfeld 31 – periphere AVKs

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	68,4%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	31,6%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	19	100,0%
Übereinstimmungsrate	13/19	68,4%
Abweichungsrate	6/19	31,6%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 67: Datenfeld 32 – Arteria Carotis

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	68,4%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	31,6%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	19	100,0%
Übereinstimmungsrate	13/19	68,4%
Abweichungsrate	6/19	31,6%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 68: Datenfeld 33 – Aortenaneurysma

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	14	73,7%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	26,3%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	19	100,0%
Übereinstimmungsrate	14/19	73,7%
Abweichungsrate	5/19	26,3%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 69: Datenfeld 34 – Sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	12	63,2%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	36,8%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	19	100,0%
Übereinstimmungsrate	12/19	63,2%
Abweichungsrate	7/19	36,8%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 70: Datenfeld 35 – Lungenerkrankung(en)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	99	99,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	1,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	99/100	99,0%
Abweichungsrate	1/100	1,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,0%

Tabelle 71: Datenfeld 36 – Neurologische Erkrankung(en)

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	93	93,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	7,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	93/100	93,0%
Abweichungsrate	7/100	7,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	100,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,0%

Tabelle 72: Datenfeld 37 – Schweregrad der Behinderung

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	1	14,3%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	14,3%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	71,4%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	7	100,0%
Übereinstimmungsrate	1/7	14,3%
Abweichungsrate	6/7	85,7%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	80,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	20,0%

Tabelle 73: Datenfeld 38 – Präoperative Nierenersatztherapie

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	1	1,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	99	99,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	99/100	99,0%
Abweichungsrate	1/100	1,00%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,0%

Tabelle 74: Datenfeld 39 – Kreatininwert i.S. in mg/dl*präoperativ

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	84	84,9%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	15	15,2%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	99	100,0%
Übereinstimmungsrate	84/99	84,9%
Abweichungsrate	15/99	15,2%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	60,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	40,0%

Tabelle 75: Datenfeld 40 – Kreatininwert i.S. in µmol/l*präoperativ

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	99	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	99	100,0%
Übereinstimmungsrate	99/99	100,0%
Abweichungsrate	0/99	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	100,0%

Tabelle 76: Datenfeld 48 – Dringlichkeit

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	97	97,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	3,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	97/100	97,0%
Abweichungsrate	3/100	3,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,0%

Tabelle 77: Datenfeld 51 – Inotrope (präoperativ) i.v.

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	100	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	100/100	100,00%
Abweichungsrate	0/100	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	100,0%

Tabelle 78: Datenfeld 52 – (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	100	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	100/100	100,0%
Abweichungsrate	0/100	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	100,0%

Tabelle 79: Datenfeld 53 – Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	100	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	100/100	100,0%
Abweichungsrate	0/100	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	100,0%

Tabelle 80: Datenfeld 55 – OP-Zeit Schnitt-Nahtzeit

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	99	99,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	1,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	99/100	99,0%
Abweichungsrate	1/100	1,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,0%

Tabelle 81: Datenfeld 56 – Anzahl der Grafts

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	96	96,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	4,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	96/100	96,0%
Abweichungsrate	4/100	4,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	40,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	60,0%

Tabelle 82: Datenfeld 57 – ITA links

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	99	99,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	1,00%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	99/100	99,0%
Abweichungsrate	1/100	1,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,0%

Tabelle 83: Datenfeld 58 – Sonstige Grafts

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	46	46,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	54	54,00%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	46/100	46,0%
Abweichungsrate	54/100	54,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	80,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	20,0%

Tabelle 84: Datenfeld 86 – Mediastinitis

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	100	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	100/100	100,0%
Abweichungsrate	0/100	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	100,0%

	Anzahl	Anteil
Sensitivität	/	%
Spezifität	/	%
positiv prädiktiver Wert	/	%
negativ prädiktiver Wert	/	%

Tabelle 85: Datenfeld 87 – Zerebrales/zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	100	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	100/100	100,00%
Abweichungsrate	0/100	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	100,0%

Tabelle 86: Datenfeld 88 – Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1	100,0%
Übereinstimmungsrate	1/1	100,00%
Abweichungsrate	0/1	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	100,0%

Tabelle 87: Datenfeld 89 – Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1	100,0%
Übereinstimmungsrate	1/1	100,0%
Abweichungsrate	0/1	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	100,0%

Tabelle 88: Datenfeld 99 – Entlassungsgrund

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich	0	0,0%
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	100	100,0%
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,0%
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	100	100,0%
Übereinstimmungsrate	100/100	100,0%
Abweichungsrate	0/100	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,0%
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	100,0%

2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

2.1 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität

Tabelle 89: Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AKs) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2017 nach QS-Verfahren geordnet

QS-Verfahrensgebiet	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
indirekt			
Herzschrittmacher und Defibrillatoren	09n1-HSM-IMPL	813070	häufig führendes Symptom „sonstiges“
	09n1-HSM-IMPL	813071	häufig führende Indikation „sonstiges“
	09n3-HSM-REV	850339	häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen
	09n4-DEFI-IMPL	850313	häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
	09n4-DEFI-IMPL	850314	häufig ICD-System „sonstiges“
	09n4-DEFI-IMPL	850315	häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“
	09n4-DEFI-IMPL	850317	Angabe von ASA 5
Gefäßchirurgie	10n2-KAROT	850332	häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten
Gynäkologische Operationen	15n1-GYN-OP	850231	häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund
	15n1-GYN-OP	850312	nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Perinatalmedizin	16n1-GEBH	850224	häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess
	16n1-GEBH	850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
	NEO	850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben
	NEO	850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

QS-Verfahrensgebiet	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
Orthopädie / Unfallchirurgie	17n1-HÜFT-FRAK	850147	Angabe von ASA 5
	17n1-HÜFT-FRAK	850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation
	17n1-HÜFT-FRAK	850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen
	HEP	850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur
	HEP	850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen
	KEP	850305	Angabe von ASA 5
	KEP	850306	häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen
	KEP	850307	häufige Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen
Mammachirurgie	18n1-MAMMA	813068	häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde
	18n1-MAMMA	850363	häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“
	18n1-MAMMA	850364	häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“
	18n1-MAMMA	850372	häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“
Pflege	DEK	850359	häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)
	DEK	850361	häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“
	DEK	850362	kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung
Pneumonie	PNEU	811821	häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde
	PNEU	811822	häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

QS-Verfahrensgebiet	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
	PNEU	811825	häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
	PNEU	811826	häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
	PNEU	811827	häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
direkt			
Herzchirurgie	HCH-AORT-CHIR	811809	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-AORT-CHIR	850371	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
	HCH-AORT-KATH	850353	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-AORT-KATH	850283	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
	HCH-KCH	813165	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-KCH	850373	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
	HCH-KOMB	850354	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-KOMB	850374	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Herz-/Lungentransplantation	HTXM-TX	850293	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850294	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850295	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
	LUTX	850302	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	LUTX	850303	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	LUTX	850304	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	LTX	850299	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	LTX	850300	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	LTX	850301	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

QS-Verfahrensgebiet	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
Nieren-/ Pankreas- transplantation	PNTX-D	850308	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850309	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850310	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Gelb hinterlegt: AKs der Auswertungsmodul des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich			

Tabelle 90: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2017

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	1.099	38	3,5	8	21,1	30	78,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6
09n1-HSM-IMPL	813071	1.099	35	3,2	7	20,0	28	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850339	872	13	1,5	2	15,4	11	84,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850313	763	22	2,9	5	22,7	17	77,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5
09n4-DEFI-IMPL	850314	763	2	0,3	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
09n4-DEFI-IMPL	850315	763	15	2,0	2	13,3	13	86,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850317	763	2	0,3	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850332	656	23	3,5	8	34,8	15	65,2	0	0,0	3	13,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850231	849	17	2,0	5	29,4	12	70,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850312	737	4	0,5	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850224	712	30	4,2	2	6,7	28	93,3	2	6,7	0	0,0	0	0,0	3	10,0
16n1-GEBH	850318	680	38	5,6	8	21,1	30	78,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850147	1.190	76	6,4	9	11,8	67	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850148	58	49	84,5	8	16,3	41	83,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	10,2
17n1-HÜFT-FRAK	850149	604	50	8,3	4	8,0	46	92,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,0
HEP	850151	714	37	5,2	14	37,8	23	62,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850152	1.094	34	3,1	8	23,5	26	76,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**							
			n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung			
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
KEP	850305	1.116	13	1,2	1	7,7	12	92,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7
KEP	850306	1.100	21	1,9	1	4,8	20	95,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8
KEP	850307	811	24	3,0	2	8,3	22	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850336	1.116	12	1,1	3	25,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	813068	765	26	3,4	0	0,0	26	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850363	754	24	3,2	0	0,0	24	100	0	0,0	1	4,2	0	0,0	4	16,7		
18n1-MAMMA	850364	759	18	2,4	0	0,0	18	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850372	754	18	2,4	0	0,0	18	100	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	5,6		
DEK	850359	1.766	64	3,6	13	20,3	51	79,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	9,4		
DEK	850361	1.766	63	3,6	3	4,8	60	95,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	9,5		
DEK	850362	582	11	1,9	0	0,0	11	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850206	525	30	5,7	12	40,0	18	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850207	329	20	6,1	4	20,0	16	80,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811821	1.431	20	1,4	3	15,0	17	85,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811822	1.424	63	4,4	9	14,3	54	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,3		
PNEU	811825	1.420	38	2,7	14	36,8	24	63,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,9		
PNEU	811826	1.420	38	2,7	9	23,7	29	76,3	0	0,0	1	2,6	0	0,0	3	7,9		
PNEU	811827	1.431	2	0,1	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-AORT-CHIR	811809	56	5	8,9	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	850371	85	3	3,5	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850353	27	1	3,7	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850283	93	4	4,3	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	813165	53	4	7,5	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	850373	86	4	4,7	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850354	44	1	2,3	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850374	84	2	2,4	0	0,0	2	100	0	0,0	0	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	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850294	22	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850295	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850299	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850300	24	2	8,3	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850301	23	2	8,7	0	0,0	2	100	0	0,0	0	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	0,0	0	0,0
LUTX	850303	16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850304	15	1	6,7	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850308	40	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl datenliefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**									
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Bespprechung		Begehung		Zielvereinbarung							
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
PNTX-D	850309	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850310	39	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	-	-	1019	3,0	165	16,2	853	83,7	2	0,2	7	0,7	0	0,0	43	4,2				

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Tabelle 91: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2017

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***					
		U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99					
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
09n1-HSM-IMPL	813070	38	3,5	30	78,9	12	40,0	0	0,0	16	53,3	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n1-HSM-IMPL	813071	35	3,2	28	80,0	4	14,3	0	0,0	22	78,6	1	3,6	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850339	13	1,5	11	84,6	3	27,3	1	9,1	6	54,5	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850313	22	2,9	17	77,3	2	11,8	1	5,9	14	82,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850314	2	0,3	2	100	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850315	15	2,0	13	86,7	3	23,1	2	15,4	7	53,8	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850317	2	0,3	2	100	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850332	23	3,5	15	65,2	6	40,0	0	0,0	8	53,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
15n1-GYN-OP	850231	17	2,0	12	70,6	5	41,7	0	0,0	6	50,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***					
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15n1-GYN-OP	850312	4	0,5	4	100	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850224	30	4,2	28	93,3	2	7,1	2	7,1	7	25,0	2	7,1	6	21,4	0	0,0	0	0,0	9	32,1
16n1-GEBH	850318	38	5,6	30	78,9	18	60,0	2	6,7	10	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850147	76	6,4	67	88,2	25	37,3	5	7,5	32	47,8	1	1,5	2	3,0	0	0,0	1	1,5	1	1,5
17n1-HÜFT-FRAK	850148	49	84,5	41	83,7	9	22,0	3	7,3	25	61,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,3
17n1-HÜFTFRAK	850149	50	8,3	46	92,0	17	37,0	0	0,0	20	43,5	1	2,2	7	15,2	0	0,0	1	2,2	0	0,0
HEP	850151	37	5,2	23	62,2	3	13,0	0	0,0	20	87,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850152	34	3,1	26	76,5	8	30,8	0	0,0	15	57,7	0	0,0	1	3,8	0	0,0	0	0,0	2	7,7
KEP	850305	13	1,2	12	92,3	1	8,3	0	0,0	9	75,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850306	21	1,9	20	95,2	12	60,0	0	0,0	7	35,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850307	24	3,0	22	91,7	9	40,9	0	0,0	11	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,1
KEP	850336	12	1,1	9	75,0	1	11,1	2	22,2	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	813068	26	3,4	26	100	7	26,9	4	15,4	13	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7
18n1-MAMMA	850363	24	3,2	24	100	5	20,8	3	12,5	14	58,3	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	1	4,2
18n1-MAMMA	850364	18	2,4	18	100	7	38,9	0	0,0	10	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
18n1-MAMMA	850372	18	2,4	18	100	1	5,6	0	0,0	16	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
DEK	850359	64	3,6	51	79,7	3	5,9	1	2,0	46	90,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0
DEK	850361	63	3,6	60	95,2	9	15,0	1	1,7	41	68,3	1	1,7	6	10,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***					
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEK	850362	11	1,9	11	100	1	9,1	1	9,1	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	27,3
NEO	850206	30	5,7	18	60,0	5	27,8	0	0,0	11	61,1	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850207	20	6,1	16	80,0	3	18,8	1	6,3	11	68,8	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811821	20	1,4	17	85,0	16	94,1	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811822	63	4,4	54	85,7	38	70,4	0	0,0	16	29,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811825	38	2,7	24	63,2	10	41,7	0	0,0	10	41,7	3	12,5	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0
PNEU	811826	38	2,7	29	76,3	13	44,8	1	3,4	8	27,6	2	6,9	3	10,3	0	0,0	0	0,0	2	6,9
PNEU	811827	2	0,1	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	811809	5	8,9	5	100	3	60,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	850371	3	3,5	3	100	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850353	1	3,7	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850283	4	4,3	4	100	0	0,0	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	813165	4	7,5	4	100	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	850373	4	4,7	4	100	0	0,0	1	25,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850354	1	2,3	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850374	2	2,4	2	100	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850293	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850294	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***					
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HTXM-TX	850295	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850299	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850300	2	8,3	2	100	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850301	2	8,7	2	100	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850302	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850303	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850304	1	6,7	1	100	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850308	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850309	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850310	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	-	1.019	3,0	853	83,7	275	32,2	31	4,0	461	54,0	17	2,0	35	4,1	1	0,1	3	0,4	31	3,6

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

Tabelle 92: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2017

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
					Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	5.315	172	3,2	0	0,0	172	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	1.053	20	1,9	0	0,0	20	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	1.001	49	4,9	5	10,2	44	89,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	3.523	130	3,7	30	23,1	99	76,2	2	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	244	5	2,0	0	0,0	5	100	0	0,0	3	60,0	0	0,0	2	40,0
Hessen	HE	2.362	58	2,5	0	0,0	58	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	583	26	4,5	6	23,1	20	76,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	790	18	2,3	1	5,6	17	94,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	2.979	69	2,3	1	1,4	68	98,6	0	0,0	2	2,9	0	0,0	2	2,9
Nordrhein-Westfalen	NO	7.552	209	2,8	101	48,3	108	51,7	0	0,0	1	0,5	0	0,0	38	18,2
Rheinland-Pfalz	RP	1.902	64	3,4	0	0,0	64	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	1.008	32	3,2	0	0,0	32	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	457	8	1,8	0	0,0	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	1.753	54	3,1	0	0,0	54	100	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,9
Sachsen-Anhalt	ST	1.147	49	4,3	21	42,9	28	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	1.016	27	2,7	0	0,0	27	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	rechnerische Auffälligkeiten*		Hinweis verschickt		Maßnahmen**				weiterführende Maßnahme**					
			n	%	n	%	Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	825	29	3,5	0	0,0	29	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		33.510^A	1.019	3,00	165	16,2	853	83,7	2	0,2	7	0,7	0	0,0	43	4,2

^A Die Anzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Tabelle 93: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2017

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***						fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***					
		n	%	n	%	U30		U33		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	172	3,2	172	100	57	33,1	0	0,0	0	0,0	110	64,0	5	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	20	1,9	20	100	11	55,0	0	0,0	0	0,0	9	45,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	49	4,9	44	89,8	21	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	40,8	0	0,0	3	6,1	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	130	3,7	99	76,2	20	20,2	0	0,0	1	1,0	73	73,7	0	0,0	4	4,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0
Bremen	HB	5	2,0	5	100	2	40,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	58	2,5	58	100	22	37,9	0	0,0	0	0,0	32	55,2	4	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	26	4,5	20	76,9	17	65,4	0	0,0	1	3,8	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***						fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***							
		n	%	n	%	U30		U33		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Mecklenburg-Vorpommern	MV	18	2,3	17	94,4	3	16,7	0	0,0	0	0,0	11	61,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	16,7
Niedersachsen	NI	69	2,3	68	98,6	26	37,7	0	0,0	0	0,0	42	60,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	209	2,8	108	51,7	43	20,6	0	0,0	12	5,7	36	17,2	1	0,5	6	2,9	0	0,0	0	0,0	10	4,8		
Rheinland-Pfalz	RP	64	3,4	64	100	17	26,6	0	0,0	0	0,0	39	60,9	2	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	9,4		
Schleswig-Holstein	SH	32	3,2	32	100	2	6,3	0	0,0	0	0,0	30	93,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	8	1,8	8	100	2	25,0	0	0,0	0	0,0	4	50,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	54	3,1	54	100	6	11,1	0	0,0	2	3,7	40	74,1	3	5,6	2	3,7	0	0,0	0	0,0	1	1,9		
Sachsen-Anhalt	ST	49	4,3	28	57,1	2	7,1	0	0,0	14	50,0	1	3,6	0	0,0	1	3,6	1	3,6	0	0,0	9	32,1		
Thüringen	TH	27	2,7	27	100	11	40,7	0	0,0	0	0,0	16	59,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137a SGB V	IQTIG	29	3,5	29	100	13	44,8	0	0,0	1	3,4	13	44,8	2	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		1.019	3,0	853	83,7	275	32,2	0	0,0	31	3,6	461	54,0	17	2,0	35	4,1	1	0,1	3	0,4	31	3,6		

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 94: Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AKs) zur Vollzähligkeit zum EJ 2017 nach QS-Verfahren geordnet

QS-Verfahren	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
indirekte QS-Verfahren			
Herzschrittmacher und Defibrillatoren	09n1-HSM-IMPL	813072	Unterdokumentation von GKV-Patienten
	09n1-HSM-IMPL	850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n1-HSM-IMPL	850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n1-HSM-IMPL	850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n2-HSM-AGGW	813073	Unterdokumentation von GKV-Patienten
	09n2-HSM-AGGW	850164	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n2-HSM-AGGW	850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n2-HSM-AGGW	850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n3-HSM-REV	813074	Unterdokumentation von GKV-Patienten
	09n3-HSM-REV	850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n3-HSM-REV	850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n3-HSM-REV	850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n4-DEFI-IMPL	850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n4-DEFI-IMPL	850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n4-DEFI-IMPL	850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n5-DEFI-AGGW	850195	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n5-DEFI-AGGW	850196	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n5-DEFI-AGGW	850221	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n6-DEFI-REV	850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n6-DEFI-REV	850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n6-DEFI-REV	850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Gefäß-chirurgie	10n2-KAROT	850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	10n2-KAROT	850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	10n2-KAROT	850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

QS-Verfahren	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
Gynäkologische Operationen	15n1-GYN-OP	850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	15n1-GYN-OP	850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	15n1-GYN-OP	850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Perinatalmedizin	16n1-GEBH	850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	16n1-GEBH	850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	16n1-GEBH	850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	NEO	850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	NEO	850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	NEO	850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Orthopädie / Unfallchirurgie	17n1-HÜFT-FRAK	850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	17n1-HÜFT-FRAK	850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	17n1-HÜFT-FRAK	850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	HEP	850272	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	HEP	850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	HEP	850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)
	HEP	850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)
	HEP	850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)
	HEP	850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)
	HEP	850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	HEP	850376	Unterdokumentation von GKV-Patienten
	KEP	850344	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)
	KEP	850345	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)
	KEP	850346	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)
	KEP	850347	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)
KEP	850348	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	
KEP	850349	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	

QS-Verfahren	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
	KEP	850370	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	KEP	850375	Unterdokumentation von GKV-Patienten
Mamma- chirurgie	18n1-MAMMA	850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	18n1-MAMMA	850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	18n1-MAMMA	850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Pflege	DEK	850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	DEK	850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	DEK	850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Pneumonie	PNEU	850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	PNEU	850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	PNEU	850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
direkte QS-Verfahren			
Herzchirurgie	HCH-AORT-KATH	850289	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)
	HCH-AORT-KATH	850290	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)
	HCH-AORT-KATH	850291	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)
	HCH-AORT-KATH	850292	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)
	HCH-D*	850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	HCH-D*	850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	HCH-D*	850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Herz-/ Lungentransplantation	HTXM-TX	850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)
	HTXM-TX	850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)
	HTXM-TX	850257	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850258	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850259	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
	HTXM-MKU	850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)
	HTXM-MKU	850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)

QS-Verfahren	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
	HTXM-D	850251	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	HTXM-D	850252	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LUTX	850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	LUTX	850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LUTX	850266	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	LUTX	850267	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	LUTX	850268	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	LLS	850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	LLS	850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LLS	850260	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	LLS	850261	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	LLS	850262	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
	LTX	850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	LTX	850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LTX	850263	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	LTX	850264	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	LTX	850265	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Nieren-/Pankreastransplantation	NLS	850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	NLS	850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	NLS	850269	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	NLS	850270	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	NLS	850271	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	PNTX-D	850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	PNTX-D	850278	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850279	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850280	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Gelb hinterlegt: AKs der Auswertungsmodul des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich			
* Gemeinsamer herzchirurgischer Datensatz für alle Auswertungsmodul			

3.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

Tabelle 95: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2017

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813072	1.113	44	4,0	8	18,2	36	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,5
09n1-HSM-IMPL	850097	1.114	19	1,7	6	31,6	13	68,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	813073	961	24	2,5	9	37,5	15	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
09n2-HSM-AGGW	850164	962	10	1,0	6	60,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	813074	928	30	3,2	10	33,3	20	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
09n3-HSM-REV	850166	928	26	2,8	9	34,6	17	65,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7
09n4-DEFI-IMPL	850193	759	14	1,8	7	50,0	7	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850196	683	5	0,7	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850197	616	8	1,3	2	25,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850085	668	9	1,3	4	44,4	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850099	1.121	20	1,8	5	25,0	15	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850081	717	6	0,8	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850351	1.192	33	2,8	17	51,5	16	48,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850272	1.286	26	2,0	9	34,6	17	65,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850274	1.283	34	2,7	17	50,0	17	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HEP	850276	1.169	198	16,9	74	37,4	124	62,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	9,6
HEP	850376	1.285	43	3,3	15	34,9	28	65,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3
KEP	850344	1.111	34	3,4	12	35,3	22	64,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
KEP	850346	1.049	76	7,2	31	40,8	45	59,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	7,9
KEP	850348	1.128	16	1,4	6	37,5	10	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850375	1.127	27	2,4	9	33,3	18	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
18n1-MAMMA	850093	897	18	2,0	7	38,9	11	61,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850095	1.747	65	3,7	18	27,7	47	72,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850199	592	17	2,9	3	17,6	14	82,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850101	1.434	29	2,0	10	34,5	19	65,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,9
HCH-AORT-KATH	850289	93	1	1,1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850291	73	4	5,5	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850253	101	1	1,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850239	20	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	850249	58	7	12,1	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850251	59	7	11,9	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	10	1	10,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	21	1	4,8	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl datenliefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**									
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung							
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
LUTX	850245	14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850255	39	1	2,6	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	-	-	854	3,4	301	35,2	553	64,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	4,3		

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Tabelle 96: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2017

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***					
		U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99					
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
09n1-HSM-IMPL	813072	44	4,0	36	81,8	2	5,6	0	0,0	23	63,9	1	2,8	1	2,8	0	0,0	0	0,0	9	25,0
09n1-HSM-IMPL	850097	19	1,7	13	68,4	0	0,0	0	0,0	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	30,8
09n2-HSM-AGGW	813073	24	2,5	15	62,5	0	0,0	0	0,0	14	93,3	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850164	10	1,0	4	40	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
09n3-HSM-REV	813074	30	3,2	20	66,7	3	15,0	0	0,0	11	55,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	3	15,0
09n3-HSM-REV	850166	26	2,8	17	65,4	1	5,9	0	0,0	14	82,4	0	0,0	1	5,9	1	5,9	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850193	14	1,8	7	50	0	0,0	0	0,0	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***							
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99			
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n5-DEFI-AGGW	850196	5	0,7	1	20	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850197	8	1,3	6	75	0	0,0	0	0,0	4	66,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
10n2-KAROT	850085	9	1,3	5	55,6	0	0,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
15n1-GYN-OP	850099	20	1,8	15	75	3	20,0	0	0,0	11	73,3	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850081	6	0,8	3	50	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
17n1-HÜFT-FRAK	850351	33	2,8	16	48,5	0	0,0	1	6,3	12	75,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	2	12,5
HEP	850272	26	2,0	17	65,4	0	0,0	0	0,0	13	76,5	1	5,9	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8
HEP	850274	34	2,7	17	50	1	5,9	0	0,0	14	82,4	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	5,9
HEP	850276	198	16,9	124	62,6	7	5,6	7	5,6	75	60,5	4	3,2	9	7,3	13	10,5	2	1,6	7	5,6	7	5,6
HEP	850376	43	3,3	28	65,1	2	7,1	0	0,0	16	57,1	2	7,1	0	0,0	0	0,0	1	3,6	7	25,0	7	25,0
KEP	850344	34	3,4	22	64,7	3	13,6	0	0,0	14	63,6	1	4,5	1	4,5	2	9,1	0	0,0	0	0,0	1	4,5
KEP	850346	76	7,2	45	59,2	4	8,9	3	6,7	29	64,4	1	2,2	2	4,4	4	8,9	0	0,0	0	0,0	2	4,4
KEP	850348	16	1,4	10	62,5	0	0,0	0	0,0	7	70,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
KEP	850375	27	2,4	18	66,7	1	5,6	0	0,0	12	66,7	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	16,7
18n1-MAMMA	850093	18	2,0	11	61,1	0	0,0	0	0,0	8	72,7	1	9,1	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
DEK	850095	65	3,7	47	72,3	2	4,3	1	2,1	41	87,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,4
NEO	850199	17	2,9	14	82,4	2	14,3	1	7,1	11	78,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850101	29	2,0	19	65,5	2	10,5	0	0,0	12	63,2	1	5,3	3	15,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***							
						U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
HCH-AORT-KATH	850289	1	1,1	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850291	4	5,5	4	100	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850253	1	1,0	1	100	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850239	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	850249	7	12,1	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0
HTXM-D	850251	7	11,9	7	100	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	1	10,0	1	100	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	1	4,8	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850245	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850255	1	2,6	1	100	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	-	854	3,4	553	64,8	37	6,7	15	2,7	375	67,8	16	2,9	25	4,5	22	4,0	3	0,5	60	10,8		

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

Tabelle 97: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2017

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
					Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	4.378	136	3,1	0	0,0	136	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	812	16	2,0	0	0,0	16	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	773	33	4,3	0	0,0	33	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	2.751	82	3,0	48	58,5	34	41,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	183	1	0,5	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	1.806	92	5,1	14	15,2	78	84,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	476	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	587	14	2,4	0	0,0	14	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	2.342	65	2,8	46	70,8	19	29,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	6.024	230	3,8	170	73,9	60	26,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	16,1
Rheinland-Pfalz	RP	1.556	75	4,8	14	18,7	61	81,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	745	21	2,8	4	19,0	17	81,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	358	8	2,2	0	0,0	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	1.358	22	1,6	0	0,0	22	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	ST	839	25	3,0	1	4,0	24	96,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	762	11	1,4	4	36,4	7	63,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**											
					Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung							
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	627	23	3,7	0	0,0	23	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		26.377^A	854	3,20	301	35,2	553	64,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	4,3	0	0,0

^A Die Anzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Tabelle 98: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2017

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***						fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***							
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99			
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	136	3,1	136	100	8	5,9	0	0,0	0	0,0	122	89,7	6	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	16	2,0	16	100	1	6,3	0	0,0	0	0,0	15	93,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	33	4,3	33	100	12	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	42,4	0	0,0	3	9,1	4	12,1	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	82	3,0	34	41,5	0	0,0	0	0,0	1	2,9	32	94,1	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	1	0,5	1	100	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	92	5,1	78	84,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	70	89,7	8	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***						fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***					
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecklenburg-Vorpommern	MV	14	2,4	14	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	64,3	1	7,1	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	65	2,8	19	29,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	89,5	1	5,3	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	230	3,8	60	26,1	6	10,0	0	0,0	1	1,7	37	61,7	0	0,0	2	3,3	0	0,0	0	0,0	14	23,3
Rheinland-Pfalz	RP	75	4,8	61	81,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	57,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	42,6
Schleswig-Holstein	SH	21	2,8	17	81,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	17,6	0	0,0	0	0,0	14	82,4	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	8	2,2	8	100	0	0,0	0	0,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	22	1,6	22	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	ST	25	3,0	24	96,0	0	0,0	0	0,0	6	25,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	8	33,3	0	0,0	9	37,5
Thüringen	TH	11	1,4	7	63,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137a SGB V	IQTIG	23	3,7	23	100	4	17,4	0	0,0	1	4,3	11	47,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	30,4
Gesamt		854	3,20	553	64,6	37	6,7	0	0,0	15	2,7	375	67,8	16	2,9	25	4,5	22	4,0	3	0,5	60	10,8

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

3.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

Tabelle 99: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2017

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
					Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850098	1.114	4	0,4	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850165	962	3	0,3	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850167	928	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850194	759	3	0,4	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850195	683	1	0,1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850198	616	1	0,2	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850086	668	1	0,1	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850100	1.121	1	0,1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850082	717	2	0,3	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850352	1.192	10	0,8	3	30,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
HEP	850273	1.286	2	0,2	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850275	1.283	2	0,2	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850277	1.169	29	2,5	15	51,7	14	48,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,9
KEP	850345	1.111	3	0,3	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850347	1.049	27	2,6	13	48,1	14	51,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	14,8
KEP	850349	1.128	3	0,3	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl datenliefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
18n1-MAMMA	850094	897	4	0,4	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850096	1.747	10	0,6	3	30,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	592	13	2,2	6	46,2	7	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850102	1.434	20	1,4	5	25,0	15	75,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850290	93	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850292	73	1	1,4	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850254	101	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850240	20	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	850250	58	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850252	59	0	0,0	0	0,0	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	0,0	0	0,0
LTX	850244	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850246	14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850248	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850256	39	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	-	-	140	0,7	59	42,1	81	57,8	0	0,0	1	0,7	0	0,0	7	5,0

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Tabelle 100: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2017

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***							
						U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
09n1-HSM-IMPL	850098	4	0,4	2	50	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850165	3	0,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850167	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850194	3	0,4	2	66,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850195	1	0,1	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850198	1	0,2	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850086	1	0,1	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850100	1	0,1	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850082	2	0,3	1	50	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
17n1-HÜFT-FRAK	850352	10	0,8	7	70	0	0,0	0	0,0	5	71,4	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3
HEP	850273	2	0,2	1	50	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850275	2	0,2	1	50	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850277	29	2,5	14	48,3	0	0,0	0	0,0	11	78,6	0	0,0	1	7,1	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850345	3	0,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850347	27	2,6	14	51,9	1	7,1	0	0,0	13	92,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850349	3	0,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850094	4	0,4	1	25	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***					
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEK	850096	10	0,6	7	70	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	13	2,2	7	53,8	1	0,0	0	0,0	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850102	20	1,4	15	75	4	26,7	0	0,0	9	60,0	0	0,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850290	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850292	1	1,4	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850254	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850240	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	850250	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850252	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850242	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850244	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850246	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850248	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850256	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		140	0,7	81	57,8	6	7,4	0	0,0	66	81,5	1	1,2	4	4,9	2	2,5	0	0,0	2	2,5

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

Tabelle 101: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2017

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
					Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	3.314	28	0,8	0	0,0	28	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	638	3	0,5	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	603	7	1,2	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	2.192	7	0,3	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	144	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	1.414	4	0,3	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	372	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	457	4	0,9	0	0,0	4	100	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	1.856	6	0,3	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	4.731	59	1,2	49	83,1	10	16,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	11,9
Rheinland-Pfalz	RP	1.221	3	0,2	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	589	3	0,5	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	282	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	1.073	8	0,7	0	0,0	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	ST	650	6	0,9	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	600	1	0,2	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**											
					Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung							
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	425	1	0,2	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
GESAMT		20.561^A	140	0,70	59	42,1	81	57,8	0	0,0	1	0,7	0	0,0	7	5,0						

^A Die Anzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Tabelle 102: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2017

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***						fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***							
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99			
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	28	0,8	28	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	3	0,5	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	7	1,2	7	100	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	7	0,3	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	4	0,3	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***						fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***							
		n	%	n	%	U30		U33		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Mecklenburg-Vorpommern	MV	4	0,9	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Niedersachsen	NI	6	0,3	5	83,3	1	20,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	59	1,2	10	16,9	2	20,0	0	0,0	0	0,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
Rheinland-Pfalz	RP	3	0,2	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	3	0,5	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	8	0,7	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	ST	6	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	1	0,2	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137a SGB V	IQTIG	1	0,2	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		140	0,70	81	57,8	6	7,4	0	0,0	0	0,0	66	81,5	1	0,7	4	2,9	2	1,4	0	0,0	2	1,4		

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

3.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz (MDS)

Tabelle 103: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2017

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auf- fälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
09n1-HSM-IMPL	850217	1.104	6	0,5	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850218	950	2	0,2	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850219	922	17	1,8	7	41,2	10	58,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850220	759	4	0,5	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850221	683	1	0,1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850222	616	3	0,5	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850223	668	7	1,0	2	28,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850225	1.121	1	0,1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850226	717	1	0,1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850368	1.192	11	0,9	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850369	1.275	6	0,5	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
KEP	850370	1.119	9	0,8	3	33,3	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1
18n1-MAMMA	850227	897	5	0,6	2	40,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	1.747	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850208	528	31	5,9	12	38,7	19	61,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850229	1.435	14	1,0	5	35,7	9	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl datenliefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**									
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung							
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
HCH-D	850281	101	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	-	-	118	0,7	45	38,1	73	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7		

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Tabelle 104: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2017

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***					Sonstiges***								
		U30		U99		A40		A42		A99	S90		S91		S99								
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
09n1-HSM-IMPL	850217	6	0,5	4	66,7	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850218	2	0,2	1	50,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850219	17	1,8	10	58,8	5	50,0	2	20,0	2	20,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850220	4	0,5	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850221	1	0,1	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850222	3	0,5	2	66,7	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850223	7	1,0	5	71,4	3	75,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850225	1	0,1	1	100	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850226	1	0,1	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850368	11	0,9	5	45,5	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***					Sonstiges***						
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HEP	850369	6	0,5	5	83,3	1	20,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850370	9	0,8	6	66,7	4	66,7	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850227	5	0,6	3	60,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
DEK	850230	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850208	31	5,9	19	61,3	7	36,8	3	15,8	7	36,8	1	5,3	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850229	14	1,0	9	64,3	3	33,3	0	0,0	5	55,6	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850281	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		118	0,7	73	61,9	34	46,6	7	9,6	25	34,3	2	2,7	3	4,1	0	0,0	1	1,4	1	1,4

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

Tabelle 105: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2017

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
					Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	2.555	17	0,7	0	0,0	17	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	532	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	486	5	1,0	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	1.682	20	1,2	7	35,0	13	65,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	115	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	1.125	10	0,9	3	30,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	294	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	386	2	0,5	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	1.428	7	0,5	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	3.635	37	1,0	30	81,1	7	18,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,4
Rheinland-Pfalz	RP	923	2	0,2	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	486	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	213	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	843	7	0,8	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	ST	536	7	1,3	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	494	4	0,8	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**											
					Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung							
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	101	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		15.834^A	118	0,70	45	38,1	73	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7	0	0,0

^A Die Anzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Tabelle 106: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2017.

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***						fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***																			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99															
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%												
Bayern	BA	17	0,7	17	100	12	70,6	0	0,0	0	0,0	5	29,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	5	1,0	5	100	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	20	1,2	13	65,0	7	53,8	0	0,0	0	0,0	6	46,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	10	0,9	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***						fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***					
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecklenburg-Vorpommern	MV	2	0,5	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	7	0,5	7	100	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	37	1,0	7	18,9	4	57,1	0	0,0	1	14,3	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	RP	2	0,2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Schleswig-Holstein	SH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	7	0,8	7	100	1	14,3	0	0,0	0	0,0	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	ST	7	1,3	7	100	0	0,0	0	0,0	6	85,7	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	4	0,8	1	25,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137a SGB V	IQTIG	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		118	0,70	73	61,9	34	46,6	0	0,0	7	9,6	25	34,2	2	2,7	3	4,1	0	0,0	1	1,4	1	1

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

3.4 Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate im Follow-up

Da sich die Dokumentationsraten im Follow-up lediglich auf die direkten Verfahren beziehen und damit Verfahren der Institution nach § 137 SGB V sind, gibt es keine Auswertungen nach Bundesland.

Tabelle 107: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-up zum EJ 2017

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl daten-liefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
					Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HTXM-TX	850257	23	1	4,3	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850258	22	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850259	21	1	4,8	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850260	10	4	40,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850261	12	3	25,0	2	66,6	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850262	8	1	12,5	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850263	21	6	28,6	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850264	25	6	24,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850265	23	8	34,8	4	50,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850266	16	1	6,3	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850267	17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850268	15	1	6,7	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850269	38	18	47,4	14	77,8	4	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850270	39	19	48,7	16	84,2	3	15,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl datenliefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**									
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung							
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
NLS	850271	39	14	35,9	12	85,7	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850278	40	8	20,0	6	75,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850279	39	7	17,9	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850280	39	9	23,1	8	88,9	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	-	-	107	23,9	77	72,0	30	28,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Tabelle 108: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-Up zum EJ 2017

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***					
		U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99					
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
HTXM-TX	850257	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850258	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850259	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850260	4	40,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850261	3	25,0	1	33,3	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850262	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						Sonstiges***							
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S90		S91		S99			
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LTX	850263	6	28,6	4	66,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850264	6	24,0	5	83,3	1	20,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850265	8	34,8	4	50,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850266	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850267	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850268	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850269	18	47,4	4	22,2	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850270	19	48,7	3	15,8	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850271	14	35,9	2	14,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850278	8	20,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850279	7	17,9	2	28,6	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		107	23,9	30	28,0	4	13,3	1	3,3	25	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.