



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Laura Nölke, Georg Heinze, Axel Mertens

Bericht zur Datenvalidierung 2015

Erfassungsjahr 2014

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 17. Mai 2016

Impressum

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2015. Erfassungsjahr 2014

Autoren:

Laura Nölke, Georg Heinze, Axel Mertens

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

17. Mai 2016

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

<http://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Zusammenfassung	8
1 Einleitung.....	13
2 Methodik	15
2.1 Statistische Basisprüfung mit strukturiertem Dialog	15
2.1.1 Durchführung	16
2.1.2 Bewertung.....	17
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	19
3 Umfassende Datenvalidierung	21
3.1 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	21
3.1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	21
3.1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	24
3.1.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität	27
3.2 Nierentransplantation.....	29
3.2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	29
3.2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	30
3.2.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität	32
3.3 Leberlebendspende.....	33
3.3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	33
3.3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	33
3.3.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität	35
4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)	37
4.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	37
4.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	38
4.3 Koronarchirurgie, isoliert	39
4.4 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	40
4.5 Herzschrittmacher-Implantation.....	41
4.6 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	42

4.7	Karotis-Revaskularisation.....	44
4.8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	45
4.9	Geburtshilfe.....	47
4.10	Hüftgelenknahe Femurfraktur	48
4.11	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	49
4.12	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	50
4.13	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	52
4.14	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	53
4.15	Mammachirurgie.....	55
5	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	57
5.1	Indirekte QS-Verfahren	57
5.1.1	Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation.....	57
5.1.2	Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation	61
5.1.3	Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz	65
5.1.4	Erkenntnisse zur Vollzähligkeit.....	68
5.2	Direkte QS-Verfahren	68
5.2.1	Herzchirurgie	68
5.2.2	Transplantationen und Lebendspenden	69
6	Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren.....	73
7	Schlussfolgerung und Ausblick	77
	Glossar.....	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Nierentransplantation – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität ..	8
Tabelle 2: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	10
Tabelle 3: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung	11
Tabelle 4: Bewertung der Ergebnisse und Maßnahmen.....	17
Tabelle 5: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität	20
Tabelle 6: Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität ...	20
Tabelle 7: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	22
Tabelle 8: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Mengengerüst der Stichprobenprüfung	25
Tabelle 9: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	25
Tabelle 10: Nierentransplantation – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung	29
Tabelle 11: Mengengerüst der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich (Nierentransplantation)	30
Tabelle 12: Nierentransplantation – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	31
Tabelle 13: Mengengerüst der Stichprobenprüfung (Leberlebendspende)	34
Tabelle 14: Leberlebendspende – Ergebnisse der Stichprobenprüfung.....	34
Tabelle 15: Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) – Ergebnisse	37
Tabelle 16: Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) – Ergebnisse	39
Tabelle 17: Koronarchirurgie, isoliert – Ergebnisse	40
Tabelle 18: Herzschrittmacher-Implantation – Ergebnisse.....	42
Tabelle 19: Implantierbare Defibrillatoren-Implantation – Ergebnisse	44
Tabelle 20: Karotis-Revaskularisation – Ergebnisse	45
Tabelle 21: Gynäkologische Operationen – Ergebnisse	46
Tabelle 22: Geburtshilfe – Ergebnisse.....	48
Tabelle 23: Hüftgelenknahe Femurfraktur – Ergebnisse	49
Tabelle 24: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation – Ergebnisse	50
Tabelle 25: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel – Ergebnisse	51
Tabelle 26: Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation – Ergebnisse	52
Tabelle 27: Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel – Ergebnisse	55
Tabelle 28: Mammachirurgie – Ergebnisse.....	56
Tabelle 29: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse	59
Tabelle 30: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse.....	63
Tabelle 31: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse	67
Tabelle 32: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung .	69
Tabelle 33: Transplantationen und Lebendspenden – Dokumentationsraten	71
Tabelle 34: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren (gesamt)	73
Tabelle 35: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs: Qualitätsindikatoren mit Dokumentationsproblemen.....	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Ergebnis Statistische Basisprüfung	9
Abbildung 2: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung	11
Abbildung 3: Verfahren der Datenvalidierung	15
Abbildung 4: AK Unterdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten	58
Abbildung 5: AK-Überdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten.....	62

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ASA	American Society of Anesthesiologists
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KH	Krankenhaus
KIS	Krankenhausinformationssystem
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
MDS	Minimaldatensatz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
SGB	Sozialgesetzbuch

Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der Datenvalidierung 2015 zum Erfassungsjahr 2014 berichtet. Für diesen Zeitraum waren die QS-Verfahren *Nierentransplantation*, *Leberlebenspende* und *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* für die umfassende Datenvalidierung ausgewählt worden. Zudem erfolgt neben einer Überprüfung weiterer QS-Verfahren (mit verstetigten Auffälligkeitskriterien) im Hinblick auf Plausibilität und Vollständigkeit auch eine Prüfung der Vollzähligkeit in allen QS-Verfahren.

Insgesamt wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 147 Auffälligkeitskriterien überprüft. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden für die Datenvalidierung 1.645 rechnerische Auffälligkeiten analysiert und bewertet.

Für die Stichprobenprüfung wurden mittels Zufallsstichprobe für die beiden direkten QS-Verfahren *Nierentransplantation* und *Leberlebenspende* 8 Krankenhausstandorte mit 120 Fällen gezogen. Beim indirekten QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* wurden die Daten von 43 Krankenhausstandorten mit 496 Fällen zur Prüfung an die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung übermittelt und nach Abschluss des Stichprobenverfahrens an das Institut nach § 137a SGB V gesendet.

Nierentransplantation

Im QS-Verfahren *Nierentransplantation* wurde im Rahmen der Statistischen Basisprüfung ein einzelnes Auffälligkeitskriterium überprüft. Bei 9 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in allen Fällen eine Stellungnahme angefordert. Bei keinem der angefragten Krankenhausstandorte wurden jedoch Dokumentationsfehler festgestellt.

Im Rahmen der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich wurden die Informationen zu 19 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse führte dazu, dass 2 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden mussten (vgl. Tabelle 1). Insgesamt zeigten sich bei 2 von 4 besuchten Krankenhausstandorten Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte für diese beiden Datenfelder.

Tabelle 1: Nierentransplantation – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfelds	Bezeichnung des Datenfelds
43	Reoperation erforderlich
44	sonstige Komplikation

Leberlebenspende

Im QS-Verfahren *Leberlebenspende* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung keine Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit und Plausibilität entwickelt und überprüft.

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 25 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass keines der untersuchten Datenfelder eine „verbesserungsbedürftige“ Datenvalidität aufwies.

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Im QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 6 neue Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit und Plausibilität überprüft. Bei 125 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in 76 % der Fälle (n = 95) eine Stellungnahme angefordert. Bei 58,9 % der angefragten Krankenhausstandorte wurden Dokumentationsfehler festgestellt, 2,1 % der angefragten Krankenhausstandorte nannten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten und bei 34,7 % zeigte sich, dass die Dokumentation korrekt war. Bei 3,2 % wurde die Bewertung „Sonstiges“ vergeben, da der Strukturierte Dialog und somit das Stellungnahmeverfahren noch nicht beendet war oder eine andere Erklärung für die rechnerischen Auffälligkeiten abgegeben wurde (vgl. Abbildung 1).

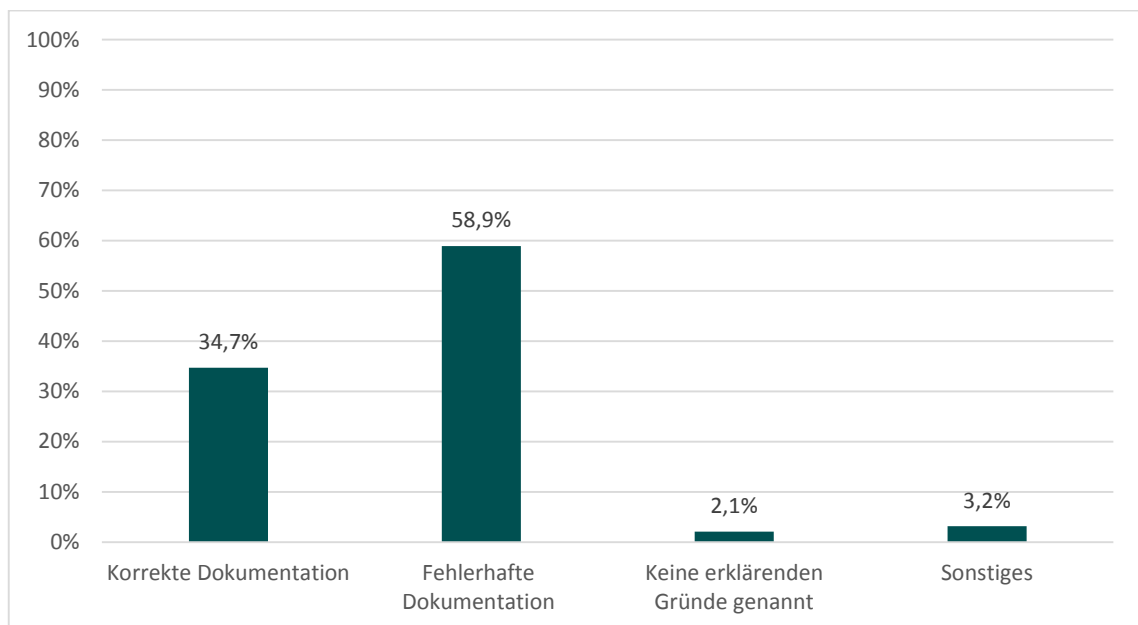


Abbildung 1: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Ergebnis Statistische Basisprüfung

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 40 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse führte dazu, dass 2 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden mussten (vgl. Tabelle 2). Insgesamt zeigten sich bei 26 von 43 besuchten Krankenhausstandorten Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte für diese beiden Datenfelder.

Tabelle 2: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes
55	Reizschwelle
57	R-Amplitude

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

Bezogen auf die Überprüfung der Datensätze hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit konnten bei allen indirekten Verfahren insgesamt 728 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt werden. Die Auffälligkeiten werden auf Ebene der Krankenhausstandorte und pro Auffälligkeitskriterium bestimmt, sodass ein Standort mehrfach rechnerisch auffällig werden kann. Es wurden 74,3 % der Krankenhausstandorte (n = 541) mit der Bitte um Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme angeschrieben. Der Strukturierte Dialog hat ergeben, dass 49,4 % (n = 267) der rechnerischen Auffälligkeiten, für die eine Stellungnahme vorliegt, durch eine fehlerhafte Dokumentation bedingt sind (vgl. Abbildung 2). Bei den direkten Verfahren wurden 49 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Es wurden alle auffälligen Standorte angeschrieben mit der Bitte um Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Auffälligkeiten. In 49 % der Stellungnahmen (n = 24) wurden die rechnerischen Auffälligkeiten mit einer fehlerhaften Dokumentation begründet (vgl. Abbildung 2).

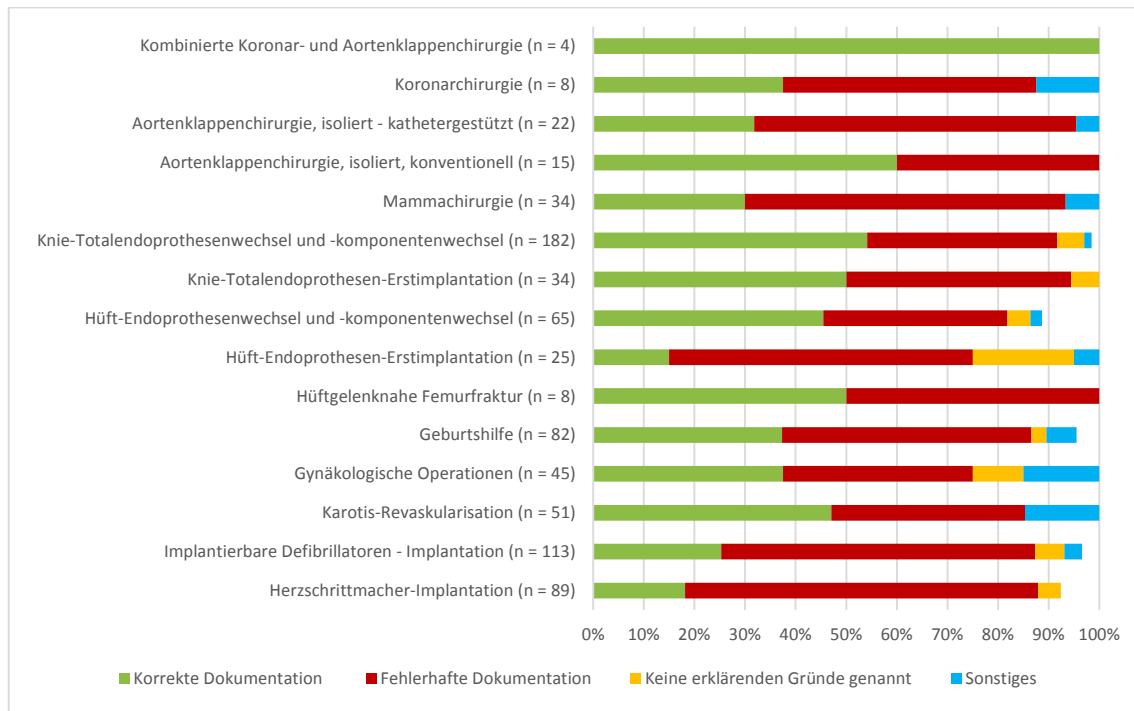


Abbildung 2: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bei der Anwendung der Vollzähligkeitsprüfung auf den Bundesdatenpool 2014 zeigten sich insgesamt 683 rechnerische Auffälligkeiten bezogen auf die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation und zum Minimaldatensatz. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich bei allen drei Auffälligkeitskriterien ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen
Unterdokumentation	469	265	544	330
Überdokumentation	144	84	199	118
Minimaldatensatz	70	42	95	55

Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden zudem auch die Follow-up-Ergebnisse der Patienten nach ein, zwei und drei Jahren in Form von Auffälligkeitskriterien dokumentiert werden, wurden diese zusätzlich bei der Überprüfung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Diesbezüglich wurden weitere 31 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Außerdem wurden bei der Überprüfung der häufigen Angabe eines unbekanntes Follow-up-Status noch

6 weitere rechnerische Auffälligkeiten analysiert. Auch hier zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten.

Bericht: Strukturierter Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Für den Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2014 zur Klärung rechnerischer Auffälligkeiten bei den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren wurden nach Auswertung der Datenätze für 16.428 Indikatorergebnisse rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Zu den rechnerischen Auffälligkeiten wurden insgesamt 9.600 (58,4 %) Stellungnahmen angefordert und 6.691 (40,7 %) Hinweise versendet. Nach Überprüfung der von den Krankenhausstandorten eingereichten Stellungnahmen wurden letztlich 10,3 % (n = 1.687) als „qualitativ auffällig“ bewertet. Als „qualitativ unauffällig“ wurden 38,3 % (n = 6.291) der Ergebnisse eingestuft. 8,7 % (n = 1.434) der rechnerischen Auffälligkeiten waren wegen fehlerhafter Dokumentation nicht zu bewerten. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2013 n = 1.489) nahm der Anteil Letzterer damit um 3,7 % ab.

Die gesamten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren sind in einem separaten Bericht aufgearbeitet. Dieser *Bericht zum Strukturierten Dialog 2015 – Erfassungsjahr 2014* ist nach Freigabe durch G-BA auf der Internetseite www.iqtig.org abrufbar.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Durch den Einsatz von Auffälligkeitskriterien bei der Statistischen Basisprüfung konnten Probleme hinsichtlich der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhausstandorten zum Teil auch gelöst werden. Sofern Dokumentationsfehler vorlagen, wurden von den Standorten Maßnahmen zur künftigen Vermeidung eingeleitet.

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Zweiterfassung und Datenabgleich zwischen QS-Dokumentation und der Dokumentation in der Patientenakte erfolgte die Bewertung der Datenvalidität ausgewählter Datenfelder auf Grundlage eines definierten Schemas. Dabei stellte sich heraus, dass in den untersuchten QS-Verfahren einige der untersuchten Datenfelder eine „verbesserungsbedürftige“ Datenvalidität aufwiesen.

Für die Datenvalidierung 2016 für das Erfassungsjahr 2015 wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zwei indirekte sowie ein direktes Verfahren ausgewählt. Eine umfassende Datenvalidierung wird in den QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe, Mammachirurgie* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* durchgeführt werden.

1 Einleitung

Zum 1. Januar 2016 hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Aufgaben als Institut nach § 137a SGB V und somit auch die Verantwortlichkeit für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung vom AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) übernommen. Der vorliegende Bericht über die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) bezieht sich auf die Daten des Erfassungsjahres 2014. Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten fanden im Jahr 2015 statt und wurden für die direkten QS-Verfahren noch durch das AQUA-Institut geführt.

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Dokumentationsqualität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert und wird jährlich in ausgewählten QS-Verfahren durchgeführt (vgl. § 9 QSKH-RL). Im Durchführungsjahr 2015 wurden die Daten aus dem Erfassungsjahr 2014 der QS-Verfahren *Nierentransplantation*, *Leberlebendspende* und *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* umfassend validiert. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit in weiteren ausgewählten QS-Verfahren sowie die Auswertung der Vollzähligkeit der gelieferten Datensätze für alle QS-Verfahren.

Aufgrund von Änderungen in der QSKH-RL fand zum Erfassungsjahr 2014 erstmals eine Auswertung auf Standortebene (entlassender Standort) anstatt wie bisher auf Krankenhausebene statt. Durch diese Umstellung der Auswertungseinheit kam es vereinzelt vor, dass der Strukturierte Dialog mit Einrichtungen geführt wurde, die den Patienten zwar entlassen haben, aber die dokumentationspflichtige Leistung nicht selbst erbracht hatten. In diesen Fällen wurde die Bewertungskategorie „Sonstiges“ mit einem erklärenden Kommentar versehen. Auch im Hinblick auf das Stichprobenverfahren mit Zweiterfassung gab es zum Erfassungsjahr 2014 eine Änderung: Während bisher nur Krankenhäuser mit mehr als einem dokumentierten Fall in dem entsprechenden QS-Verfahren für die Ziehung der Zufallsstichprobe berücksichtigt wurden, dürfen ab dem Erfassungsjahr 2014 nur noch Standorte mit mehr als 4 Fällen herangezogen werden.

Nach einer kurzen Darstellung der Methodik des Datenvalidierungsverfahrens werden zunächst die Ergebnisse der umfassenden Datenvalidierung in den ausgewählten QS-Verfahren vorgestellt. Zudem werden auf Grundlage der Erfahrungen, die die Mitarbeiter der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) und des AQUA-Instituts im Rahmen der Datenvalidierung gesammelt haben, zentrale Dokumentationsprobleme benannt und Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt. Darüber hinaus wird beschrieben, welche Auswirkungen die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren in dem jeweiligen QS-Verfahren haben. Anschließend werden die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfung hinsichtlich der verstetigten Auffälligkeitskriterien in einem eigenen Abschnitt dargestellt. Es folgt die Darstellung der Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung in allen QS-Verfahren.

Im abschließenden Kapitel wird ein Fazit formuliert und ein Ausblick gegeben, welche Weiterentwicklungen in der Datenvalidierung bereits umgesetzt bzw. geplant sind.

Detaillierte Ergebnisse finden sich in einem ausführlichen separaten Anhang.

2 Methodik

Im Folgenden wird die Methodik des AQUA-Instituts beschrieben, die der Durchführung des Datenvalidierungsverfahren 2015 zum Erfassungsjahr 2014 zugrunde liegt. Die Methodik wird derzeit vom IQTIG geprüft und überarbeitet.

Das Datenvalidierungsverfahren besteht aus zwei Segmenten, die sich sowohl in ihrer primären Zielsetzung als auch in ihrer Methodik unterscheiden. Abbildung 3 veranschaulicht die beiden Bausteine „Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ und „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“, die anschließend erläutert werden.

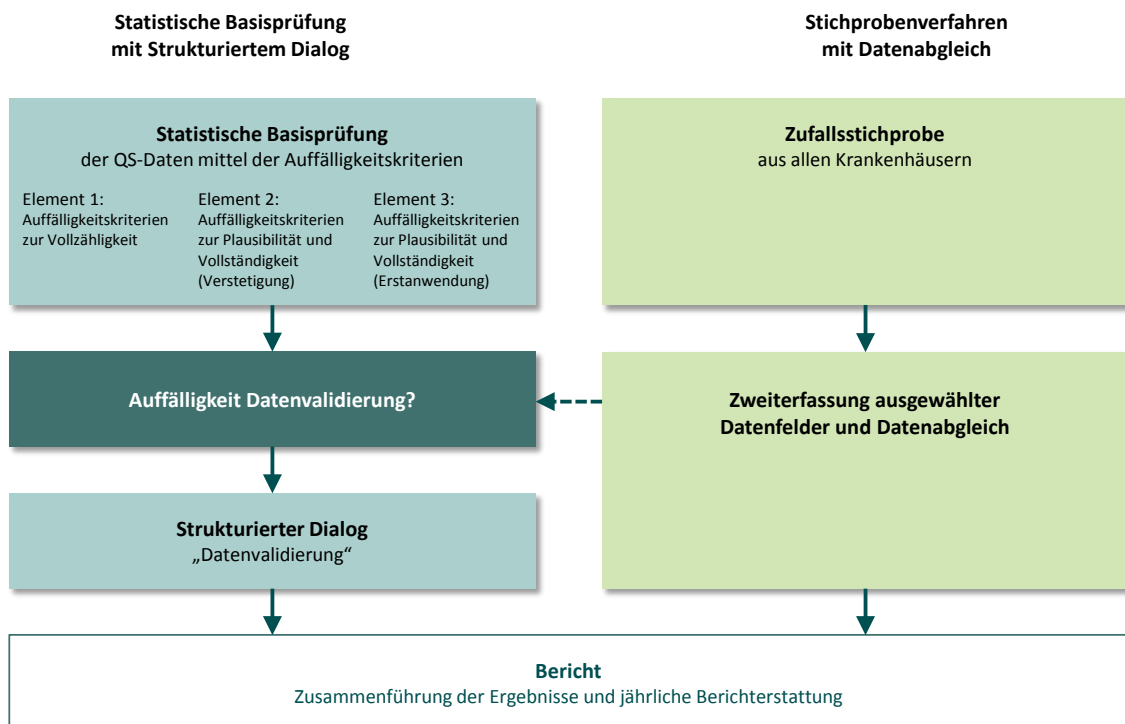


Abbildung 3: Verfahren der Datenvalidierung

2.1 Statistische Basisprüfung mit strukturiertem Dialog

Das Ziel der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ist die Identifikation von fehlerhaften, unvollständigen und unvollzähligen Dokumentationen in den QS-Daten. Dazu erfolgt eine statistische Analyse nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien, welche sich in drei Elemente unterteilen lassen:

Element 1: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen QS-Verfahren angewandt. Im Zuge dessen werden die Datensätze, die ein Krankenhausstandort in einem QS-Verfahren geliefert hat (Ist-Bestand), den Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand) gegenübergestellt. Auf Grundlage dieses Soll-Ist-Abgleichs werden pro QS-Verfahren jeweils ein

Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Referenzbereich ≥ 95 % pro QS-Verfahren)¹ und ein Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Referenzbereich ≤ 110 % pro QS-Verfahren) berechnet. Zur Prüfung des Anteils an Minimaldatensätzen an den zu dokumentierenden Fällen wird zusätzlich in allen QS-Verfahren ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (AK MDS) eingesetzt; ausgenommen hiervon sind das QS-Verfahren *Neonatalogie* sowie die orthopädischen, unfallchirurgischen und transplantationsmedizinischen QS-Verfahren. Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden Follow-up-Daten erhoben werden, wurden für diese QS-Verfahren weitere Auffälligkeitskriterien eingeführt, die die Dokumentationsrate sowie die Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus untersuchen.

Element 2: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

Ausgewählte Auffälligkeitskriterien, die sich im Jahr ihrer Erstanwendung bewährt haben, kommen seit dem Erfassungsjahr 2010 im Rahmen der Statistischen Basisprüfung kontinuierlich auch in den Folgejahren zur Anwendung. So ist eine Weiterverfolgung von rechnerischen Auffälligkeiten, welche auf eine fehlerhafte Dokumentation hinweisen, über das Jahr der Erstanwendung hinweg möglich.

Element 3: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Erstanwendung)

Neben den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit und den verstetigten Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der Vorjahre wird jedes Jahr auch ein Set neuer Auffälligkeitskriterien entwickelt, welches in den für die umfassende Datenvalidierung ausgewählten QS-Verfahren erstmals angewendet wird.

2.1.1 Durchführung

Auffälligkeitskriterien werden ratenbasiert (Zähler/Nenner) dargestellt und weisen einen Referenzbereich auf. Krankenhausstandorte, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, gelten als rechnerisch auffällig in Bezug auf die Dokumentationsqualität. Für diese Standorte wird ein Strukturierter Dialog zur Datenvalidität eingeleitet. Dazu bestehen die folgenden Möglichkeiten:

1. Einholen einer Stellungnahme vom jeweiligen Krankenhausstandort, in der die Gründe für die Auffälligkeit genannt werden (fehlerhafte oder korrekte Dokumentation) und dargelegt wird, welche Optimierungsmaßnahmen ggf. eingeleitet worden sind bzw. eingeleitet werden sollen (vgl. § 11 QSKH-RL).
2. Versenden eines Hinweises an den Krankenhausstandort, der diesen auf die Auffälligkeit aufmerksam macht (vgl. § 11 QSKH-RL).
3. Keine Maßnahme: In begründeten Ausnahmefällen kann von einer Maßnahme abgesehen werden.
4. Sonstiges: Es wurden abweichende Maßnahmen eingeleitet, welche im Kommentar erläutert werden müssen.

In der Regel wird bei einer rechnerischen Auffälligkeit in Bezug auf die Dokumentationsqualität eine schriftliche Stellungnahme von dem betreffenden Krankenhausstandort angefordert. In

¹ Eine Ausnahme bilden die transplantationsmedizinischen QS-Verfahren. Hier liegt der Referenzbereich bei $\geq 100,00$ %.

dieser wird der Standort darum gebeten, die Dokumentation der auffälligen Fälle zu überprüfen und das Ergebnis der Überprüfung der zuständigen LQS bzw. der Institution nach § 137a SGB V schriftlich mitzuteilen. Zu diesem Zweck wird allen auffälligen Krankenhausstandorten – sofern möglich – eine Liste mit den auffälligen Fällen übermittelt, bei denen eine fehlerhafte Dokumentation vermutet wird. Der Leistungserbringer hat für die entsprechenden Datenfelder (z. B. anhand der Patientenakte) die Korrektheit der Dokumentation selbst zu überprüfen und das Resultat zurückzumelden. Schließlich werden die Krankenhausstandorte im Rahmen des Anschreibens auch darum gebeten, bei Mängeln in der Dokumentation eigene Vorschläge zur Optimierung der Dokumentation zu machen bzw. Maßnahmen zu benennen, die sie bereits eingeleitet haben. Das Antwortschreiben der Leistungserbringer wird den zuständigen Fachexperten zur Diskussion und Bewertung vorgelegt. Wenn die Erläuterungen zu den rechnerischen Auffälligkeiten für die Fachexperten nachvollziehbar und schlüssig sind, werden die Leistungserbringer darüber informiert und der Strukturierte Dialog ist abgeschlossen. Falls das Antwortschreiben jedoch Fragen offen lässt bzw. weiterer Klärungsbedarf besteht, werden die entsprechenden Leistungserbringer um eine Präzisierung gebeten. Dann besteht die Möglichkeit eines persönlichen kollegialen Gesprächs, einer Vereinbarung von konkreten Zielen oder einer Begehung der entsprechenden Einrichtung.

2.1.2 Bewertung

Für die Berichterstattung über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ist es erforderlich, dass die Antworten der Krankenhausstandorte von den LQS bzw. dem IQTIG bewertet werden. Die folgende Tabelle 4 beinhaltet die Bewertungskategorien, die im Rahmen der Datenvalidierung zulässig sind.

Für die Auswertung der Ergebnisse in diesem Bericht wurden die einzelnen Bewertungsmöglichkeiten den beiden Kategorien „Korrekte Dokumentation bestätigt“ und „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ zugeordnet. Außerdem gibt es noch die Kategorie A42 „Keine erklärenden Gründe genannt“. In der Kategorie „Sonstiges“ werden alle Fälle aufgeführt, die die Einstufung S91 oder S99 erhalten haben.

Tabelle 4: Bewertung der Ergebnisse und Maßnahmen

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Neu hinzugekommen im Erfassungsjahr 2014 ist die Bewertungskategorie „U33 = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig. Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)“.

Neben der eigentlichen Bewertung wurden zusätzlich auch die Kommentare zu den Bewertungen der Auffälligkeitskriterien analysiert und berücksichtigt. Es gibt Fälle, in denen die Bewertung A40 nicht vergeben wurde, bei denen aber auf der Basis des Kommentars eindeutig ist, dass Dokumentationsfehler aufgetreten sind.

Unter anderem wurde mit den Kategorien U99 oder S99 bewertet, wenn nicht bei allen überprüften Fällen Dokumentationsfehler aufgetreten sind, sondern nur bei einem Teil. Für die Auswertung der Ergebnisse der Datenvalidierung wurde in diesen Fällen von der in Tabelle 4 beschriebenen Zuordnung wie folgt abgewichen: Wenn aus dem Kommentar eindeutig hervorging, dass in einem Krankenhausstandort Dokumentationsfehler aufgetreten waren – wenn auch nur in einzelnen Fällen –, wurde dieser Krankenhausstandort ebenfalls in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ aufgeführt. Ist ein derartiger Fall aufgetreten, ist dies an der entsprechenden Stelle im Bericht auch aufgeführt. Im Anhang sind alle Bewertungen einzeln dargestellt, so wie sie von den LQS bzw. dem AQUA-Institut vergeben wurden.

Auf Grundlage der aus dem Strukturierten Dialog mit den Krankenhausstandorten gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich bestehender Dokumentationsprobleme können geeignete Verbesserungsmaßnahmen initiiert werden. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog nicht dazu geeignet sind, quantitativ-empirische Aussagen über die Datenvalidität zu treffen. Solche Aussagen können ausschließlich im Zuge der Anwendung des zweiten Elements des Datenvalidierungsverfahrens, dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich, getroffen werden.

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Das Ziel des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich besteht darin, quantitative Aussagen bezüglich der Datenvalidität zu treffen. Dieses Verfahren soll die Qualität der Dokumentation in einem bestimmten QS-Verfahren bestimmen. Dazu werden verschiedene Datenfelder der QS-Dokumentation ausgewählt, für die anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung erfolgen soll. Dabei werden insbesondere Datenfelder genutzt, die für die Berechnung von Qualitätsindikatoren bzw. die Basisauswertung von Bedeutung sind oder bei denen sich im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren Dokumentationsprobleme gezeigt haben oder solche vermutet werden.

Für die Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder in den indirekten Verfahren werden zunächst pro Bundesland und pro QS-Verfahren jeweils 5 % der Krankenhausstandorte ausgewählt, die die zu überprüfenden medizinischen Leistungen anbieten und entsprechende Daten geliefert haben. Bei den direkten Verfahren sind in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich mindestens 5 % der Krankenhausstandorte mit den ausgewählten QS-Verfahren einzuschließen. Bezogen auf die von allen Krankenhausstandorten in dem ausgewählten QS-Verfahren dokumentierten Fälle sind hierbei je QS-Verfahren mindestens 4 Standorte und mindestens 40 Fälle in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Anschließend werden sowohl bei den direkten als auch bei den indirekten Verfahren für jeden der zufällig ausgewählten Krankenhausstandorte bis zu 20 Behandlungsfälle ebenfalls zufällig ausgewählt, bei denen anhand der Patientenakte die Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder erfolgt. Je nach QS-Verfahren (direkt oder indirekt) wird die Zweiterfassung in den Krankenhausstandorten von Mitarbeitern der LQS bzw. der Institution nach § 137a SGB V² durchgeführt. Um die Zweiterfassung in allen Krankenhäusern möglichst einheitlich zu gestalten, wird vom IQTIG eine Software zur Erfassung und Auswertung der Daten zur Verfügung gestellt. Eine spezielle Funktion in dieser Software ermöglicht, dass die Auswertung der Ergebnisse direkt im Anschluss an die Zweiterfassung erfolgt und gleich an die Krankenhäuser kommuniziert werden kann. Die Mitteilung der Ergebnisse geschieht in Form eines ausführlichen Gesprächs, in dem die Ergebnisse und etwaige Probleme in der QS-Dokumentation mit dem Krankenhauspersonal besprochen werden. Die Erkenntnisse aus diesen Gesprächen werden im Anschluss den Fachgruppen auf Bundes- und Landesebene vorgestellt und von diesen bewertet. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus dem Gespräch und der Bewertung durch die Fachgruppen Bundes- und Landesebene kann bei Krankenhäusern, bei denen starke Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte bestehen, ebenfalls ein Strukturierter Dialog zur Datenvalidität eingeleitet werden.

Um quantitative Aussagen bezüglich der Datenvalidität eines QS-Verfahrens treffen zu können, werden die Daten aller Fälle, für die eine Zweiterfassung erfolgt ist, zusammengeführt und mit den entsprechenden Angaben der QS-Dokumentation des Bundesdatenpools verglichen. Aufgrund der Unterschiedlichkeit kann die Bewertung der Datenvalidität nur für jedes Datenfeld separat erfolgen. Nähere Informationen sowie die Darstellung der Auswertung anhand eines Beispiels können dem Anhang entnommen werden.

² In der Fassung vom 1. Januar 2014. Seit 1. Januar 2016 wird diese Funktion vom IQTIG übernommen.

Um die Datenvalidität einzelner Datenfelder zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen herangezogen werden. Dabei wird die Patientenakte als Referenzstandard gesetzt. Um eine methodisch adäquate Bewertung der Datenvalidität durchzuführen, werden bei allen hier vorgestellten Kennzahlen die Fälle, bei denen die Information zu einem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, von der Auswertung ausgeschlossen.

Eine erste Kennzahl, die sich zur Bewertung der Datenvalidität anbietet und die unabhängig von der Anzahl an Antwortkategorien eines Datenfelds berechnet werden kann, ist die Übereinstimmungsrate zwischen den Angaben in der Patientenakte und denen der QS-Dokumentation. Je höher die Übereinstimmungsrate ist, desto besser ist die Datenvalidität. Bezogen auf die Aussagekraft der QS-Daten wird die in Tabelle 5 dargelegte Kategorisierung bzw. Bewertung der Datenvalidität angewendet:

Tabelle 5: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität

Kategorisierung der Übereinstimmungsrate	Bewertung der Datenvalidität
Übereinstimmungsrate $\geq 90\%$	hervorragend
Übereinstimmungsrate $\geq 80\%$ und $< 90\%$	gut
Übereinstimmungsrate $< 80\%$	verbesserungsbedürftig

Ein wesentlicher Nachteil der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität besteht in der Abhängigkeit von der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Ereignisses (Prävalenz). Das heißt, je häufiger ein bestimmtes Ereignis auftritt, desto wahrscheinlicher ist es, dass es in der QS-Dokumentation zufällig korrekt dokumentiert ist. Aussagekräftigere Bewertungen hinsichtlich der Datenvalidität lassen sich durch die Verwendung der Kennzahlen zur Sensitivität und zur Spezifität erzielen. Für diese Kennzahlen wurde die in Tabelle 6 dargestellte Kategorisierung zur Bewertung der Datenvalidität gewählt:

Tabelle 6: Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität

Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität	Bewertung der Datenvalidität
Sensitivität und Spezifität $\geq 90\%$	hervorragend
Sensitivität oder Spezifität $\geq 80\%$ und $< 90\%$	gut
Sensitivität oder Spezifität $< 80\%$	verbesserungsbedürftig

Die Kennzahlen zur Sensitivität und zur Spezifität lassen sich jedoch nur für Merkmale mit zwei Antwortmöglichkeiten (z. B. ja/nein) berechnen. Bei der Analyse zur Bewertung der Datenvalidität wird deshalb folgendermaßen vorgegangen: Für Datenfelder mit zwei Ausprägungen wird zur Bewertung der Datenvalidität die Sensitivität und die Spezifität herangezogen, für alle anderen Datenfelder wird die Übereinstimmungsrate verwendet.

3 Umfassende Datenvalidierung

3.1 Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

3.1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im QS-Verfahren *Herzschriftmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* erfolgte in mehreren Stufen. Zunächst wurde ein erster Vorschlag für die Auffälligkeitskriterien im Rahmen einer Kleingruppe (Team aus Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung sowie Biometrikern und den Betreuern der Fachgruppe auf Bundesebene seitens des AQUA-Instituts) erarbeitet. Anschließend wurden die entwickelten Auffälligkeitskriterien als Grundlage genommen, um gemeinsam mit der Projektgruppe Datenvalidierung einen Vorschlag für die finale Auswahl der Auffälligkeitskriterien zu erarbeiten. Am Ende des Auswahlprozesses wurden insgesamt 6 Kriterien als relevant erachtet, die dem Unterausschuss für Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet wurden. Diese lauten wie folgt:

- AK-ID 850337: Häufige Angabe von nicht bekanntem Implantationsjahr beim Schrittmacher-Aggregat
- AK-ID 850338: Häufige Angabe von „unbekannt“ beim Zeitabstand zur Implantation der Sonde
- AK-ID 850339: Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen
- AK-ID 850340: Häufige Angabe „kein Eigenrhythmus“ an der 1.Ventrikelsonde
- AK-ID 850341: Keine Angabe von peri- bzw. postoperativen Komplikationen bei langer postoperativer Verweildauer, langer Eingriffsdauer und hoher Durchleuchtungszeit
- AK-ID 850342: Angabe von ausschließlich sonstigen interventionspflichtigen peri- bzw. postoperativen Komplikationen

Die Anwendung der Auffälligkeitskriterien auf den Bundesdatenpool 2014 erfolgte durch das AQUA-Institut. Die Pseudonyme der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser und deren Ergebnisse wurden den LQS anschließend übermittelt. Zudem wurden die bundesweit geltenden Rechenregeln vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellt, sodass die LQS die Auffälligkeiten alternativ auch durch die Anwendung auf ihren Landesdatenpool selbst ermitteln konnten.

Tabelle 7: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

AK-ID	850337	850338	850339	850340	850341	850342
Referenzbereiche	≤ 22,26 % (95. Perzentil)	≤ 7,41 % (95. Perzentil)	≤ 19,51 % (95. Perzentil)	≤ 25,95 % (95. Perzentil)	< 100,00 %	≤ 1
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	17	13	31	19	44	1
Maßnahmen						
Hinweise	1	3	2	9	14	0
Stellungnahmen	16	10	29	10	29	1
Ergebnisse						
Korrekte Dokumentation	1	1	3	7	20	1
Fehlerhafte Dokumentation	14	8	25	3	6	0
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	0	1	0	0	1	0
Sonstiges	1	0	0	0	2	0

Anmerkungen:

- AK-ID 850337: Häufige Angabe von nicht bekanntem Implantationsjahr beim Schrittmacher-Aggregat
- AK-ID 850338: Häufige Angabe von „unbekannt“ beim Zeitabstand zur Implantation der Sonde
- AK-ID 850339: Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen
- AK-ID 850340: Häufige Angabe „kein Eigenrhythmus“ an der 1.Ventrikelsonde
- AK-ID 850341: Keine Angabe von peri- bzw. postoperativen Komplikationen bei langer postoperativer Verweildauer, langer Eingriffsdauer und hoher Durchleuchtungszeit
- AK-ID 850342: Angabe von ausschließlich sonstigen interventionspflichtigen peri- bzw. postoperativen Komplikationen

AK-ID 850337: Häufige Angabe von nicht bekanntem Implantationsjahr beim Schrittmacher-Aggregat

Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurden 17 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. 16 der betroffenen Krankenhausstandorte wurden um eine Stellungnahme gebeten, an einen Standort wurde ein Hinweis versendet. In 11 Fällen wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt. In 3 Fällen wurde die Bewertungskategorie A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der Landesgeschäftsstellen eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese als „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2015 zur Verstetigung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850338: Häufige Angabe von „unbekannt“ beim Zeitabstand zur Implantation der Sonde

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 13 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. 10 Krankenhausstandorte wurden um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 80 % der Stellungnahmen wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2015 zur Verstetigung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 31 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. 29 Krankenhausstandorte wurden um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 86,2 % der Stellungnahmen wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt. In einem Fall wurde die Bewertungskategorie A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der Landesgeschäftsstellen eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2015 zur Verstetigung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850340: Häufige Angabe „kein Eigenrhythmus“ an der 1.Ventrikelsonde

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 19 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. 10 Krankenhausstandorte wurden um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 30 % der Stellungnahmen wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung als nicht zielführend bewertet und zur Streichung zum Erfassungsjahr 2015 vorgeschlagen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850341: Keine Angabe von peri- bzw. postoperativen Komplikationen bei langer postoperativer Verweildauer, langer Eingriffsdauer und hoher Durchleuchtungszeit

Für dieses Kriterium wurden 44 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. In 29 Fällen wurden Stellungnahmen angefordert. In 20,7 % der angeforderten Stellungnahmen wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt. In einem Fall wurde die Bewertungskategorie A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der Landesgeschäftsstellen eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung als nicht zielführend bewertet und zur Streichung zum Erfassungsjahr 2015 vorgeschlagen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850342: Angabe von ausschließlich sonstigen interventionspflichtigen peri- bzw. post-operativen Komplikationen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurde 1 rechnerische Auffälligkeit festgestellt. Der betroffene Krankenhausstandort wurde um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten und bestätigte die korrekte Dokumentation.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung als nicht zielführend bewertet und zur Streichung zum Erfassungsjahr 2015 vorgeschlagen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

3.1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Die Auswahl der Datenfelder, für die im QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* eine Zweiterfassung durchgeführt werden sollte, erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung und den entsprechenden Bundesfachgruppenbetreuern. Es wurden 40 der insgesamt 110 Datenfelder des Erhebungsbogens für den Datenabgleich ausgewählt. Die Ziehung der Zufallsstichprobe der zu untersuchenden Krankenhausstandorte und Patientenakten für das Erfassungsjahr 2014 erfolgte ebenfalls durch das AQUA-Institut. Dazu wurden unter Anwendung einer geschichteten Klumpenstichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zu diesem QS-Verfahren QS-Daten für das Erfassungsjahr 2014 geliefert haben, zufällig ausgesucht. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben.

Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 43 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 496 Fallakten durch die Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Es musste bundesweit auf 3 Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden. Tabelle 8 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und Fallakten je Bundesland dar, welche dem Stichprobenverfahren unterworfen wurden.

Tabelle 8: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Mengengerüst der Stichprobenprüfung

Bundesland	Anzahl Krankenhausstandorte	Anzahl Fallakten
Baden-Württemberg	4	45
Bayern	6	57
Berlin	2	12
Brandenburg	2	23
Bremen	1	7
Hamburg	1	15
Hessen	3	36
Mecklenburg-Vorpommern	1	17
Niedersachsen	4	53
Nordrhein-Westfalen	9	106
Rheinland-Pfalz	2	26
Saarland	1	4
Sachsen-Anhalt	2	35
Sachsen	2	24
Schleswig-Holstein	1	7
Thüringen	2	29
Gesamt	43	496

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Tabelle 9: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Ergebnisse der Stichprobenprüfung

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
16	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	gut
17	Batterieerschöpfung*	hervorragend
18	vermutete Schrittmacherfehlfunktion*	hervorragend
19	Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf*	hervorragend
20	Pektoraliszucken*	hervorragend
21	Taschenhämatom*	hervorragend

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
22	Infektion*	hervorragend
23	anderes Taschenproblem*	hervorragend
24	Aggregatperforation*	hervorragend
25	sonstige Indikation*	hervorragend
26	Vorhof*	hervorragend
27	Ventrikel 1. Sonde*	hervorragend
28	Ventrikel 2. Sonde*	hervorragend
33	Postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden	hervorragend
35	Art des Vorgehens*	hervorragend
36	Jahr der Implantation*	hervorragend
39	Art des Vorgehens*	hervorragend
40	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde*	hervorragend
49	Art des Vorgehens*	hervorragend
50	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde*	hervorragend
55	Reizschwelle*	verbesserungsbedürftig
56	nicht gemessen*	hervorragend
57	R-Amplitude*	verbesserungsbedürftig
58	nicht gemessen*	hervorragend
70	Art des Vorgehens*	hervorragend
74	Art des Vorgehens*	hervorragend
80	Art des Vorgehens*	hervorragend
81	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde*	hervorragend
92	Peri- bzw. postoperative Komplikationen	hervorragend
93	Asystolie*	hervorragend
94	Kammerflimmern*	hervorragend
95	interventionspflichtiger Pneumothorax*	hervorragend
96	interventionspflichtiger Hämatothorax*	hervorragend

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
97	Interventionspflichtiger Perikarderguss*	hervorragend
98	Interventionspflichtiges Taschenhämatom*	hervorragend
99	Sondendislokation*	hervorragend
102	Sondendysfunktion*	hervorragend
105	postoperative Wundinfektion*	hervorragend
107	sonstige interventionspflichtige Komplikation*	hervorragend
109	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend

* Datenfelder, die in der QS-Dokumentation nicht zwangsläufig ausgefüllt werden müssen. Bei diesen „Kann-Feldern“ ist es möglich, dass die Anzahl der Fälle geringer ist.

Die Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Herzschritt-macher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* kann zusammenfassend als positiv beurteilt werden. So ergab der Abgleich der Datenfelder lediglich für 2 der 40 geprüften Datenfelder eine verbesserungsbedürftige Datenvalidität. Alle anderen Datenfelder wiesen eine gute bis hervorragende Datenvalidität auf.

Im Anhang sind weitere detaillierte Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder einzusehen.

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Datenfeld 55: Reizschwelle und Datenfeld 57: R-Amplitude

Den Berichten der Landesgeschäftsstellen ist zu entnehmen, dass in einigen Kliniken bei der Angabe der Reizschwellen- und R-Amplitudenmesswerte zum Teil post- und präoperativ gemessene Werte als intraoperative Messungen dokumentiert wurden. Es wurde angemerkt, dass es eindeutige und einheitliche Vorgaben geben sollte, welche Werte bei mehreren intraoperativen Messungen dokumentiert und auf welche Referenzdokumente zurückgegriffen werden soll.

Als Konsequenz der Zweiterfassung wurde mit zwei Krankenhausstandorten eine erneute Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder im nächsten Jahr vereinbart. In einem weiteren Standort fand eine interne Schulung zur Dokumentation von Messwerten statt.

3.1.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität

Eine valide Datengrundlage ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend. Deshalb wird im Folgenden dargestellt, welchen Einfluss ausgewählte Datenfelder, für die im Rahmen der Zweiterfassung eine verbesserungsbedürftige Datenvalidität ermittelt wurde, auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren haben.

Die Datenfelder 55 „Reizschwelle“ und 57 „R-Amplitude“ werden für die Berechnung QS-Verfahren-übergreifender Qualitätsindizes zur Reizschwellen- und Amplitudenmessung verwendet. Dazu zählen:

- QI-ID 52307: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden (QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*)
- QI-ID 52305: Qualitätsindex zu akzeptablen Messergebnissen bei Reizschwellen und Amplituden (QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Implantation*)

In den Qualitätsindex 52307 fließen die Reizschwellen- und Amplitudenmessungen der Sonden, die nicht neu implantiert oder neu platziert wurden, aus den QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* und *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* sowie alle erforderlichen Messungen an der zweiten Ventrikelsonde aus dem QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Implantation* ein. Qualitätsziel des Index ist die möglichst häufige Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden.

Aus den QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Implantation* und *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* fließen in den Qualitätsindex 52305 die Reizschwellen- und Amplitudenmessungen der Vorhof- und ersten Ventrikelsonden, die neu implantiert oder neu platziert wurden, ein. Qualitätsziel des Index sind möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen.

Beim Datenfeld 55 „Reizschwelle“ liegt die Abweichungsrate zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte bei 20,6 % (n = 97 Fälle). Davon liegen in 7 Fällen Abweichungen zwischen den Werten in der QS-Dokumentation und der Patientenakte vor, die den Grenzwert von 1,0 V betreffen. Diese Fälle haben einen möglichen Einfluss auf die Ergebnisse des Qualitätsindex 52305: Gemäß Index liegt der Akzeptanzbereich bei Reizschwellenmessungen für Ventrikelsonden bei 0,0 V bis 1,0 V. Wenn die Angaben in der QS-Dokumentation unter 1,0 V, in der Patientenakte aber über 1,0 V liegen, könnten die Einrichtungen dadurch seltener rechnerisch auffällig und seltener ein Strukturierter Dialog ausgelöst werden.

Beim Datenfeld 57 „R-Amplitude“ liegt die Abweichungsrate zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte bei 24,7 % (n = 116 Fälle). Davon liegen in 9 Fällen Abweichungen zwischen den Werten in der QS-Dokumentation und der Patientenakte vor, die den Grenzwert von 4,0 mV betreffen. Diese Fälle haben einen möglichen Einfluss auf die Berechnung des Qualitätsindex 52305: Gemäß Index liegt der Akzeptanzbereich bei R-Amplitudenmessungen für Ventrikelsonden bei 4,0 mV bis 30,0 mV. Wenn die Angaben in der QS-Dokumentation über 4,0 mV, in der Patientenakte aber unter 4,0 mV liegen, könnten die Einrichtungen dadurch seltener rechnerisch auffällig werden und daher könnte seltener ein Strukturierter Dialog ausgelöst werden.

Bei den beiden Datenfeldern 55 und 57 liegen ebenfalls Fälle vor, bei denen Reizschwellen- und Amplitudenwerte in der Patientenakte stehen, jedoch nicht in der QS-Dokumentation eingetragen wurden (n = 12 Fälle). Es gibt jedoch auch Fälle, in denen Werte in der QS-Dokumentation erfasst wurden, jedoch nicht in der Patientenakte stehen (n = 60 Fälle). Letztere Fälle haben einen möglichen Einfluss auf die Berechnung des Qualitätsindex 52307: Je öfter die Durchführung von Messungen in der QS-Dokumentation angegeben wird, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Einrichtungen rechnerisch auffällig werden und ein Strukturierter Dialog ausgelöst wird. Es kann jedoch nicht eindeutig festgestellt und beurteilt werden, ob ein fehlender

Eintrag in der Patientenakte trotz Eintrag in der QS-Dokumentation als tatsächlich nicht durchgeführte Messung zu werten ist.

3.2 Nierentransplantation

3.2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im QS-Verfahren *Nierentransplantation* erfolgte in mehreren Stufen. Zunächst wurde ein erster Vorschlag für die Auffälligkeitskriterien im Rahmen einer Kleingruppe (Team aus Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung sowie Biometrikern und den Betreuern der Fachgruppe auf Bundesebene des AQUA-Instituts) erarbeitet. Anschließend wurden die entwickelten Auffälligkeitskriterien als Grundlage genommen, um gemeinsam mit der Projektgruppe Datenvalidierung einen Vorschlag für die finale Auswahl der Auffälligkeitskriterien zu erarbeiten. Am Ende des Auswahlprozesses wurde ein Kriterium als relevant erachtet, das dem Unterausschuss für Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet wurde. Dieses lautet wie folgt:

- AK-ID 850343: Seltene Angabe einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

Die Anwendung des Auffälligkeitskriteriums auf den Bundesdatenpool 2014 erfolgte durch das AQUA-Institut.

Tabelle 10: Nierentransplantation – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

AK-ID	850343
Referenzbereiche	≤ 90,00 %
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	9
Maßnahmen	
Hinweise	0
Stellungnahmen	9
Ergebnisse	
Korrekte Dokumentation	9
Fehlerhafte Dokumentation	0
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	0
Sonstiges	0

Für das Auffälligkeitskriterium wurden 9 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Alle betroffenen Krankenhausstandorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In allen Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2015 zur Verstetigung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

3.2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Nierentransplantation* wurden 19 Datenfelder von insgesamt 49 Datenfeldern des Erhebungsbogens ausgewählt. Die Auswahl erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung und den entsprechenden Betreuern der Fachgruppe auf Bundesebene. Da es sich beim QS-Verfahren *Nierentransplantation* um ein direktes Verfahren handelt, sind dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich pro QS-Verfahren mindestens 5 % der Krankenhausstandorte zu unterwerfen. Hierbei sind pro QS-Verfahren mindestens 4 Krankenhausstandorte und insgesamt mindestens 40 Fälle, bezogen auf die von allen Krankenhäusern im ausgewählten QS-Verfahren dokumentierten Fälle, in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Standorte mit weniger als 4 Fällen in dem betroffenen QS-Verfahren sind davon ausgenommen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte durch das AQUA-Institut wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, bis zu 20 Fälle pro Standort bestimmt, bei denen eine Nierentransplantation stattgefunden hat. Für diese wurde anhand der Patientenakte – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder durch zwei Mitarbeiter des AQUA-Instituts durchgeführt.

Umfang der Stichprobenprüfung

Insgesamt wurde in 4 Krankenhausstandorten eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder anhand der Patientenakte durchgeführt. Dabei wurden in 3 Standorten je 20 Patientenakten geprüft. Da in dem anderen Krankenhausstandort im Erfassungsjahr 2014 insgesamt nur 19 Nierentransplantationen durchgeführt wurden, konnten hier auch nur diese Fälle in die Zweiterfassung einbezogen werden. Der Einbezug von Reservefällen war nicht erforderlich (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Mengengerüst der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich (Nierentransplantation)

	Anzahl
Besuchte Krankenhausstandorte	4
Untersuchte Akten insgesamt	79

Unmittelbar nach der Zweiterfassung vor Ort wurde der Abgleich der Daten der Zweiterfassung mit den Daten der QS-Dokumentation durchgeführt. Diese Ergebnisse bildeten die Grundlage

für ein ausführliches Feedbackgespräch. Nach der Zweiterfassung erhielten die Krankenhausstandorte eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse des Datenabgleichs auf Einzelfall-ebene sowie die Gesamtauswertung und die Ergebnisse des Feedbackgesprächs.

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Für die Bewertung der Datenvalidität wurden die Daten für jene Fälle, für die eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder erfolgt ist, zusammengeführt und analysiert. Hierbei wurde die Datenvalidität anhand eines definierten Bewertungsschemas, welches in Tabelle 5 und Tabelle 6 zu finden ist, beurteilt. In Tabelle 12 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt. Im Anhang zu diesem Bericht sind weitere detaillierte Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder einzusehen.

Tabelle 12: Nierentransplantation – Ergebnisse der Stichprobenprüfung

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
8	Geschlecht	hervorragend
12	Vorerkrankungen	hervorragend
13	Diabetes mellitus*	hervorragend
21	Spendertyp	hervorragend
26	Kreatinin i. S. in mg/dl	hervorragend
27	Kreatinin i. S. in $\mu\text{mol/l}$	hervorragend
29	OP-Datum	hervorragend
31	Abbruch der Transplantation	hervorragend
38	Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung	hervorragend
39	Postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats*	hervorragend
40	Anzahl postoperativer Dialysen bis Funktionsaufnahme*	hervorragend
41	behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)	hervorragend
42	Blutung*	hervorragend
43	Reoperation erforderlich*	verbesserungsbedürftig
44	sonstige Komplikation*	verbesserungsbedürftig
49	akute behandlungsbedürftige Rejektion Niere	hervorragend
51	Kreatinin in mg/dl*	hervorragend

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
52	Kreatinin in $\mu\text{mol/l}^*$	hervorragend
56	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend

* Datenfelder, die in der QS-Dokumentation nicht zwangsläufig ausgefüllt werden müssen. Bei diesen „Kann-Feldern“ ist es möglich, dass die Anzahl der Fälle geringer ist.

Die Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Nierentransplantation* kann zusammenfassend als sehr positiv beurteilt werden. So ergab der Abgleich der Datenfelder für 17 der 19 geprüften Datenfelder eine hervorragende Datenvalidität. 2 Datenfelder wiesen eine verbesserungsbedürftige Datenvalidität auf.

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die beiden Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet. Es handelt sich hierbei um zwei abhängige Datenfelder, die erst ausgefüllt werden können, wenn das übergeordnete Datenfeld 41 „behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)“ mit „ja“ beantwortet wurde. Dieses Datenfeld weist eine hervorragende Validität auf.

Datenfeld 43: Reoperation erforderlich

In 9 Fällen wurde das übergeordnete Datenfeld 41 mit „ja“ beantwortet. Die geringe Zahl der Fälle mit Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte beim Datenfeld 43 ($n = 2$) deuten darauf hin, dass sich die Abweichungen durch Einzelfälle erklären lassen. In den Fällen mit Abweichungen fand sich zwar jeweils eine Angabe in der Patientenakte, jedoch keine Angabe in der QS-Dokumentation.

Datenfeld 44: sonstige Komplikationen

In 9 Fällen wurde das übergeordnete Datenfeld 41 mit „ja“ beantwortet. Die geringe Zahl der Fälle mit Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte beim Datenfeld 44 ($n = 5$) deuten darauf hin, dass sich die Abweichungen durch Einzelfälle erklären lassen. In den Fällen mit Abweichungen fand sich zwar jeweils eine Angabe in der QS-Dokumentation, aber keine Angabe in der Patientenakte.

3.2.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität

Eine valide Datengrundlage ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend. Deshalb wird im Folgenden dargestellt, welchen Einfluss ausgewählte Datenfelder, für die im Rahmen der Zweiterfassung eine verbesserungsbedürftige Datenvalidität ermittelt wurde, auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren haben.

Die Datenfelder 43 „Reoperation erforderlich“ und 44 „sonstige Komplikationen“ werden nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Nierentransplantation* verwendet. Sie haben somit auch keinen Einfluss auf Letztere und auf die Auslösung eines Strukturierten Dialogs zu diesen Indikatoren.

Den Datenfeldern 43 und 44 sind ebenfalls keine abhängigen Datenfelder nachgelagert, deren Datenvalidität beeinflusst werden könnte.

Das den Datenfeldern 43 und 44 vorgelagerte Datenfeld 41 „behandlungsbedürftige (schwere) intra- und postoperative Komplikation(en)“ besitzt direkte QI-Relevanz, weist jedoch eine hervorragende Datenvalidität auf.

3.3 Leberlebenspende

3.3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung neuer Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im QS-Verfahren *Leberlebenspende* wurde in Absprache mit dem Betreuer der Fachgruppe auf Bundesebene seitens des AQUA-Instituts als nicht zielführend erachtet. Diese Empfehlung wurde dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem auch so verabschiedet.

3.3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wurden 25 Datenfelder von insgesamt 43 Datenfeldern des Erhebungsbogens ausgewählt. Die Auswahl erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung und den entsprechenden Betreuern der Fachgruppe auf Bundesebene. Da es sich beim QS-Verfahren *Leberlebenspende* um ein direktes Verfahren handelt, sind dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich pro QS-Verfahren mindestens 5 % der Krankenhausstandorte zu unterwerfen. Hierbei sind je QS-Verfahren mindestens 4 Krankenhausstandorte und insgesamt mindestens 40 Fälle, bezogen auf die von allen Krankenhäusern im ausgewählten QS-Verfahren dokumentierten Fälle, in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Standorte mit weniger als 4 Fällen in dem betroffenen QS-Verfahren sind davon ausgenommen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte durch das AQUA-Institut wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, bis zu 20 Fälle pro Standort bestimmt, bei denen eine Leberlebenspende durchgeführt wurde. Für diese wurde – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder durch zwei Mitarbeiter des AQUA-Instituts anhand der Patientenakte durchgeführt.

Umfang der Stichprobenprüfung

Insgesamt wurde in 4 Krankenhausstandorten eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder anhand der Patientenakte durchgeführt. Dabei wurden in einem Standort 20 Patientenakten geprüft. Da in den anderen 3 Krankenhausstandorten im Erhebungsjahr 2014 insgesamt nur zwischen 6 und 8 Leberlebenspenden durchgeführt wurden, konnten hier auch nur diese Fälle in

die Zweiterfassung einbezogen werden. Der Einbezug von Reservefällen war nicht erforderlich (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Mengengerüst der Stichprobenprüfung (Leberlebendspende)

	Anzahl
Besuchte Krankenhausstandorte	4
Untersuchte Akten insgesamt	41

Unmittelbar nach der Zweiterfassung vor Ort wurde der Abgleich der Daten der Zweiterfassung mit den Daten der QS-Dokumentation durchgeführt. Diese Ergebnisse bildeten die Grundlage für ein ausführliches Feedbackgespräch. Nach der Zweiterfassung erhielten die Krankenhausstandorte eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse des Datenabgleichs auf Einzelfall-ebene sowie die Gesamtauswertung und die Ergebnisse des Feedbackgesprächs.

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Für die Bewertung der Datenvalidität wurden die Daten für alle Fälle, für die eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder erfolgt ist, zusammengeführt und analysiert. Hierbei wurde die Datenvalidität anhand eines definierten Bewertungsschemas beurteilt, welches in Tabelle 5 und Tabelle 6 zu finden ist. In Tabelle 14 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt. Im Anhang sind weitere detaillierte Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder einzusehen.

Tabelle 14: Leberlebendspende – Ergebnisse der Stichprobenprüfung

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
11	OP-Datum	hervorragend
13	Segment I	hervorragend
14	Segment II	hervorragend
15	Segment III	hervorragend
16	Segment IV	hervorragend
17	Segment V	hervorragend
18	Segment VI	hervorragend
19	Segment VII	hervorragend
20	Segment VIII	hervorragend
21	Gewicht entnommene Leber	gut
22	eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)	hervorragend
23	Blutung*	hervorragend

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
24	Gallenwegskomplikation*	hervorragend
25	sekundäre Wundheilung*	hervorragend
26	Ileus*	hervorragend
27	akutes Leberversagen*	hervorragend
28	sonstige eingriffsspezifische Komplikationen*	hervorragend
30	Lebertransplantation beim Lebendspender erforderlich	hervorragend
31	Dominotransplantation*	-
32	allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)	hervorragend
33	Thrombose*	hervorragend
34	Lungenembolie*	hervorragend
35	Pneumonie*	hervorragend
36	sonstige allgemeine Komplikationen*	hervorragend
41	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend

* Datenfelder, die in der QS-Dokumentation nicht zwangsläufig ausgefüllt werden müssen. Bei diesen „Kann-Feldern“ ist es möglich, dass die Anzahl der Fälle geringer ist.

Das Datenfeld 31 „Dominotransplantation“ konnte nicht im Rahmen der Zweiterfassung geprüft werden. Es lagen keine Fälle vor, in denen eine Lebertransplantation bei Lebendspendern erforderlich war und eine Domino-Transplantation³ durchgeführt wurde.

Die Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Leber-lebendspende* kann zusammenfassend als sehr positiv beurteilt werden. So ergab der Abgleich der Datenfelder für 23 der 25 geprüften Datenfelder eine hervorragende Datenvalidität. Ein Datenfeld (21: Gewicht entnommene Leber) wies eine gute Datenvalidität auf.

3.3.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität

Eine valide Datengrundlage ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend. Deshalb wird im Folgenden dargestellt, welchen Einfluss ausgewählte Datenfelder, die im Rahmen

³ Es handelt sich dabei um einen Spezialfall der Lebendspende, bei dem zwar eine Krankheit nur durch eine Transplantation geheilt werden kann, das vom Patienten explantierte Organ aber dennoch funktionsfähig ist und daher einem anderen Empfänger übertragen werden kann. Im Fall von Lebertransplantationen betrifft dies z. B. spezielle Stoffwechsel-Defekte der Leber (Amyloidose), die zu Sekundärschäden an anderen Organen führen (daher die Notwendigkeit der Transplantation). Die verursachende Leber ist aber funktionsfähig, und die Sekundärschäden treten erst sehr viel später auf, sodass eine Transplantation angesichts des Organmangels in Deutschland vertretbar ist.

des Stichprobenverfahrens zweiterfasst wurden, auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren haben.

Von den zweiterfassten Datenfeldern im QS-Verfahren *Leberlebendspende* werden die Datenfelder 22 „eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)“, 31 „Dominotransplantation“, 32 „allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)“ und 41 „Entlassungsgrund“ zur Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet.

Da für die Datenfelder 22, 32 und 41 eine hervorragende Datenvalidität ermittelt werden konnte, wurden weder die Indikatorenberechnung noch die Auslösung des Strukturierte Dialogs beeinträchtigt.

Das Datenfeld 31 „Dominotransplantation“ wird zur Berechnung aller Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Leberlebendspende* verwendet. Die Datenvalidität für dieses Datenfeld konnte im Rahmen der Zweiterfassung nicht ermittelt werden, da keine Fälle zum Abgleich der Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation vorhanden waren. Somit kann nicht beurteilt werden, ob die Berechnung der Qualitätsindikatoren und die Auslösung des Strukturierten Dialogs durch die Datenvalidität des Datenfelds negativ beeinflusst werden.

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

Für das Erfassungsjahr 2014 wurden insgesamt in 15 QS-Verfahren jeweils zwischen 1 und 5 verstetigte Auffälligkeitskriterien angewendet. Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2014 wurden anhand der festgelegten Auffälligkeitskriterien insgesamt 777 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist damit im Vergleich zum Vorjahr (n = 709) leicht gestiegen.

Eine bewusste Falscheingabe von Daten wurde auch in diesem Jahr nicht festgestellt. Die aufgetretenen Dokumentationsfehler haben verschiedene Ursachen:

- Keine Kenntnis der Ausfüllhinweise oder falsche Interpretation
- Mängel in der Organisation (z. B. durch Personalmangel und -fluktuation)
- Individuelle Fehler einzelner Mitarbeiter
- Softwareprobleme (Wechsel, Schnittstellenprobleme, fehlerhafte Umsetzung der Spezifikation)

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Kriterien pro QS-Verfahren dargestellt. Detailliertere Auswertungen zu allen Bewertungen und Maßnahmen, welche im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog angewendet wurden, können dem Anhang entnommen werden.

4.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

Insgesamt wurden 15 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei den 3 eingesetzten Auffälligkeitskriterien festgestellt. Die betroffenen Krankenhausstandorte wurden jeweils alle um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 15: Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811809	5	5	1	4	0	0
815005	4	4	2	2	0	0
850322	6	6	6	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 811809: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

AK-ID 815005: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

AK-ID 850332: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

AK-ID 811809: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

Bei diesem Kriterium waren 5 Krankenhausstandorte mit abweichenden Ergebnissen ermittelt worden. Alle Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. Die hausinterne Überprüfung der Krankenhausstandorte ergab bei einer Einrichtung eine korrekte Dokumentation, bei den anderen Einrichtungen zeigte sich, dass die Angabe „sonstige Operation“ nicht in jedem Fall gerechtfertigt war, sodass die Ergebnisse entsprechend als „qualitativ auffällig“ gewertet wurden.

AK-ID 815005: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

4 Krankenhausstandorte zeigten bei diesem Kriterium Auffälligkeiten. Nach interner Überprüfung räumten 2 Standorte Versäumnisse bzgl. der Dokumentation ein. Die anderen beiden Einrichtungen bestätigten eine korrekte Dokumentation.

AK-ID 850332: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

Bei diesem Kriterium fielen 6 Krankenhausstandorte positiv auf. Eines davon konnte bereits im Vorjahr eine positive Bilanz ziehen. Die Frage, wie die guten Ergebnisse zustande gekommen sind, wurde in den Stellungnahmen unterschiedlich beantwortet:

Ein Krankenhausstandort geht davon aus, dass es sich um ein im Vergleich mit dem Vorjahr anders zusammengesetztes Patientenkollektiv handelt. Ein anderer Standort betont eine sorgfältige prä-, intra- und postoperative Vorbereitung, Behandlung und Betreuung der Patienten. Außerdem würden alle Patienten ausnahmslos in minimalinvasiven Verfahren via superiorer Minis-ternotomie operiert werden. Ein weiterer Krankenhausstandort gab an, standardisierte OP-Verfahren und eine indikationsgerechte intraoperative Qualität durch Kooperation der Herzchirurgie mit der Kardiologie zu gewährleisten. Dadurch würde eine sehr hohe Behandlungskompetenz bestehen und notwendige diagnostische Maßnahmen könnten ohne Zeitverzögerung und gewissenhaft durchgeführt werden. Auch die räumliche Nähe zwischen der Intensivstation und dem OP-Saal würde die Sicherheit erhöhen und zu einem guten Ergebnis beitragen. Eine andere Einrichtung führt das gute Ergebnis auf ein erfahrenes Team bzw. erfahrene Operateure sowie die engmaschige Überwachung von Laborparametern bzw. Blutgasanalysen zur Früherkennung von Elektrolytentgleisungen zurück.

Alle Krankenhäuser konnten eine korrekte Dokumentation bestätigen und erhielten durch die Fachgruppe auf Bundesebene die entsprechende Einstufung (U30).

Für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung eine Modifikation des Auffälligkeitskriteriums 811809 „Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten“ empfohlen. Es sollen hier nur noch konventionell chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe analysiert werden. Kathetergestützte Eingriffe sollen in einem neuen Auffälligkeitskriterium analog zu AK 811809 im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)* ausgewertet werden. Die anderen beiden Auffälligkeitskriterien wurden zur Weiterführung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist den Empfehlungen gefolgt.

4.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

Bei den 3 im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu überprüfenden Auffälligkeitskriterien wurden nach Eingang der übermittelten QS-Datensätze insgesamt 22 rechnerische Abweichungen

für das QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)* festgestellt. Alle betroffenen Krankenhausstandorte wurden um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 16: Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850282	15	15	3	11	0	1
850288	5	5	2	3	0	0
850323	2	2	2	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850282: Risikoadjustierung nach dem AKL-Score vermehrt nicht möglich

AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

AK-ID 850282: Risikoadjustierung nach dem AKL-Score vermehrt nicht möglich

Bei diesem Kriterium sind 15 rechnerische Auffälligkeiten registriert worden. Von allen betroffenen Standorten wurde jeweils eine Stellungnahme erbeten. Die krankenhauseinterne Überprüfung ergab bei 11 Einrichtungen eine fehlerhafte Dokumentation. 3 Krankenhäuser bestätigten eine korrekte Dokumentation. Ein Krankenhaus stellte sich zwar als entlassender, jedoch nicht als leistungserbringender Standort heraus.

AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Insgesamt 5 Abweichungen wurden bei diesem Kriterium festgestellt. Die Krankenhäuser haben z. T. sehr aufwendig und sorgfältig ihre Eintragungen überprüft. 3 Krankenhäuser bestätigten eine fehlerhafte Dokumentation. 2 Krankenhäuser gaben eine korrekte Dokumentation an.

AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

Zwei Krankenhäuser wurden gebeten, die Korrektheit ihrer Dokumentation zu überprüfen und ihre Maßnahmen, die zu diesem guten Ergebnis geführt haben, zu erläutern. Beide Häuser bestätigten eine korrekte Dokumentation. Sie führten das gute Ergebnis auf eine gute Organisationsstruktur bzw. auf ein etabliertes Qualitätsmanagement zurück.

Eine Weiterführung der 3 Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.3 Koronarchirurgie, isoliert

Es wurden nach Auswertung der Datensätze 8 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei den eingesetzten Auffälligkeitskriterien festgestellt. Die betroffenen Krankenhausstandorte wurden jeweils um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 17: Koronarchirurgie, isoliert – Ergebnisse

AK-ID	Standort mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813165	3	3	0	3	0	0
815002	4	4	2	1	0	1
850324	1	1	1	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 813165: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

AK-ID 850324: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

AK-ID 813165: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen zeigte sich, dass die Angabe „sonstige Operation“ nicht in allen Fällen gerechtfertigt war, sodass die Ergebnisse entsprechend als „qualitativ auffällig“ gewertet wurden.

AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Ein Krankenhausstandort bestätigte eine fehlerhafte Dokumentation, 2 Standorte bestätigten die korrekte Dokumentation. Bei einer anderen Einrichtung handelte es sich um einen Standort, der die Leistung nicht erbringt. Hier wurde ein erklärender Kommentar zur Einstufungskategorie „Sonstiges“ verfasst.

AK-ID 850324: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

Die interne Recherche des Krankenhausstandortes ergab eine korrekte Dokumentation. Entsprechend wurde das Kriterium als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Eine Weiterführung der 3 Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.4 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Bei dem eingesetzten Auffälligkeitskriterium AK-ID 850325 „Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen“ im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* kam es zu 4 Auffälligkeiten.

Davon zeigt ein Krankenhausstandort bereits seit drei Jahren ein positives Ergebnis und bestätigte dies auch in einem anderen herzchirurgischen QS-Verfahren. Nach Überprüfung im internen Verfahren der Einrichtungen bestätigten alle Krankenhausstandorte die korrekte Dokumentation.

Eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.5 Herzschrittmacher-Implantation

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom „sonstiges“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 45 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (48,4 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 31 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 14 Standorte.

Ein Standort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 8 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In den anderen 17 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Es wurde in 2 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber in einem Fall aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. In 3 Fällen wurde U99 vergeben. Da aber bei einem Fall aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurde dieser Fall zu „korrekte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 58,1 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation „sonstiges“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 44 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (47,3 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 35 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 9 Standorte.

Keine ausreichend erklärenden Gründe lieferten 2 Standorte für die rechnerischen Auffälligkeiten. In 3 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In den anderen 24 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Es wurde in 4 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 80 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 18: Herzschrittmacher-Implantation – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813070	45	31	8	18	1	0
813071	44	35	4	28	2	0

Anmerkungen:

813070: Häufig führendes Symptom „sonstiges“

813071: Häufig führende Indikation „sonstiges“

4.6 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 28 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (19,7 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 21 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 7 Standorte.

Ein Standort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten. In keinem Fall konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In 19 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 90,5 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 7 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (4,9 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 4 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 3 Standorte.

Ein Standort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten. In keinem Fall konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 75 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 20 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (14,1 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 18 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 2 Standorte.

Ein Standort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten. In 2 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In den anderen 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 77,8 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 44 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (31 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 32 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 12 Standorte.

Es lieferten 2 Standorte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten. In 18 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In 10 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Ein Krankenhausstandort wurde mit S99 bewertet. Eine Nachfrage durch die Arbeitsgruppe ergab, dass die Daten nicht durch den Operateur selbst und nicht zeitnah nach dem Eingriff erfasst wurden. Vielmehr habe es einen Papierbogen gegeben, dessen Angaben später durch eine Hilfskraft in den digitalen QS-Bogen übertragen wurden. Die persönlichen Zuständigkeiten wurden nach Angabe des Hauses bereits angepasst.

Es wurde in einem Fall die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriterium wurde in 34,4 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850317: Angabe von ASA 5

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 14 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (9,7 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 12 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 2 Standorte.

In 2 Fällen wurde eine korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen 7 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Eine Bewertung mit S99 erhielten 2 Krankenhausstandorte.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurde in 58,3 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung des AK für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 19: Implantierbare Defibrillatoren-Implantation – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850313	28	21	0	19	1	0
850314	7	4	0	3	1	0
850315	20	18	2	14	1	0
850316	44	32	18	11	2	1
850317	14	12	2	7	0	2

Anmerkungen:

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

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

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

AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4

AK-ID 850317: Angabe von ASA 5

4.7 Karotis-Revaskularisation

AK-ID 850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten

Für das Erfassungsjahr 2014 wurden 2 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (2,8 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und zur Stellungnahme aufgefordert.

Eine fehlerhafte Dokumentation wurde in einem Fall bestätigt. Ein Krankenhausstandort erhielt die Bewertung S99.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in der Hälfte der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Aufgrund der niedrigen Trefferquote wurde das Auffälligkeitskriterium zum Erfassungsjahr 2015 von der Projektgruppe Datenvalidierung zur Streichung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 23 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (31,9 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 11 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 12 Standorte.

In 4 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In 6 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Ein Krankenhausstandort erhielt die Bewertung S99.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 54,5 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850334: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 26 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (36,1 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 21 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 5 Standorte.

In 12 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In den anderen 4 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Ein Krankenhausstandort erhielt die Bewertung S91 und zwei Standorte S99.

Es wurde in 2 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 28,6 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Die Projektgruppe Datenvalidierung hat die Empfehlung ausgesprochen, das Auffälligkeitskriterium zum Erfassungsjahr 2015 weiterzuführen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 20: Karotis-Revaskularisation – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850331	2	2	0	1	0	1
850332	23	11	4	6	0	1
850334	26	21	12	6	0	3

Anmerkungen:

AK-ID 850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten

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

AK-ID 850334: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)

4.8 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

AK-ID 811823: Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 60 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 21 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (38,2 % der dokumentationspflichtigen Standorte). 2 Standorte wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen übrigen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

4 Standorte lieferten keine ausreichenden erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit, in einem Fall trotz mehrfacher Aufforderung. In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation

bestätigt. In 10 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Bei 3 Standorten wurde die Bewertung S99 vergeben.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 52,6 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 24 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (43,6 % der dokumentationspflichtigen Standorte). 3 Standorte wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In den anderen 21 Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 12 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Von 4 Einrichtungen sind Dokumentationsfehler bestätigt worden. In 3 Fällen wurde die Bewertung S99 vergeben. Bei einem Fall wurde die Einstufung durch einen Chefarztwechsel begründet, durch den Therapie und Diagnostik nicht immer inhaltlich nachvollzogen werden konnten.

Es wurde in 1 Fall die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. Es wurde in einem Fall die Bewertung U99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurde dieser Fall zu „korrekte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 23,8 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 21: Gynäkologische Operationen – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811823	21	19	2	10	4	3
850312	24	21	13	5	0	5

Anmerkungen:

AK-ID 811823: Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 60 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“

AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.9 Geburtshilfe

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 32 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (31,7 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 3 Fällen erhielten die betroffenen Krankenhäuser einen Hinweis. In 29 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhausstandort hat keine ausreichende Erklärung für die rechnerische Auffälligkeit gegeben. In 16 Fällen bestätigten sich Dokumentationsfehler.

In 2 Fällen setzte die Fachgruppe Gynäkologie/Geburtshilfe eines Bundeslandes den Strukturier-ten Dialog aus. Begründet wurde dies damit, dass der Indikator nicht geeignet scheine, die Dokumentationsqualität zu hinterfragen.

Es wurde in 2 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 62,1 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850319: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 40 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt (39,6 % der dokumentationspflichtigen Standorte). Bei 10 Häusern wurden Hinweise zur internen Aufarbeitung übermittelt. In den übrigen 30 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 11 Standorten wurden bei den rechnerisch auffälligen Fällen Dokumentationsfehler festgestellt. 4 Fälle erhielten die Bewertung S99.

Es wurde in 3 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. Es wurde in 3 Fällen die Bewertung U99 vergeben. Da aber in 2 Fällen aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurden diese Fälle zu „korrekte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 46,7 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Außerdem soll die Berechnung modifiziert werden: Fälle mit Aufnahmegrund „Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme“ werden aus dem Nenner ausgeschlossen.

AK-ID 850320: Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 10 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (9,9 % der dokumentationspflichtigen Standorte). 2 Krankenhäuser erhielten Hinweise zur internen Aufarbeitung. In den übrigen 8 Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 5 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei einem Standort lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 12,5 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 22: Geburtshilfe – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850318	32	29	9	18	1	0
850319	40	30	11	14	0	4
850320	10	8	5	1	1	0

Anmerkungen:

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

AK-ID 850319: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess

AK-ID 850320: Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht

4.10 Hüftgelenknahe Femurfraktur

AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 8 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (57,1 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 2 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Die anderen 6 Standorte erhielten einen Hinweis.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, einmal lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 50,0 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

In der Dokumentation der Endoprothesenversorgung gibt es ab dem Erfassungsjahr 2015 weitreichende Änderungen. Künftig werden die QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* sowie *Hüft-Endoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel* im neuen QS-Verfahren *Hüft-endoprothesenversorgung (HEP)* zusammengefasst. Zusätzlich werden die endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen aus dem bisherigen QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* mit erfasst. Damit werden ab 2015 im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* nur noch hüftgelenknahe Femurfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung erfasst.

Eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums 813191 für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 23: Hüftgelenknahe Femurfraktur – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813191	8	2	1	1	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.11 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

AK-ID 813126: Angabe von ASA 5

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 14 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (42,4 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 6 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In 4 Fällen wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit übermittelt.

In 2 Fällen wurde die Bewertung U99 vergeben. Da jedoch aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

In einem Fall wurde die Bewertung S99 vergeben. In diesem Fall wurde ein falscher QS-Bogen ausgefüllt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 57,1 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 813129: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 11 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (33,3 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 6 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert, 5 weitere erhielten einen Hinweis.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, in 2 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Dabei wurde in einem Fall trotz mehrfacher Aufforderung keine Stellungnahme übermittelt.

In 2 Fällen wurde die Bewertung A99 vergeben. Da jedoch aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 66,7 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Tabelle 24: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813126	14	14	1	8	4	1
813129	11	6	2	4	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 813126: Angabe von ASA 5

AK-ID 813129: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

In der Dokumentation der Endoprothesenversorgung gibt es ab dem Erfassungsjahr 2015 weitreichende Änderungen. Künftig werden die QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* sowie *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* im neuen QS-Verfahren *Hüft-endoprothesenversorgung* (HEP) zusammengefasst. Zusätzlich werden die endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen aus dem bisherigen QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* mit erfasst. Damit werden ab 2015 im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* nur noch hüftgelenknahe Femurfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung erfasst.

Durch diese umfassende Umstrukturierung der QS-Verfahren entfallen die Auffälligkeitskriterien aus dem QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* für das Erfassungsjahr 2015.

4.12 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**AK-ID 850204: Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“**

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 52 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (80 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 35 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. 17 Krankenhausstandorte erhielten einen Hinweis.

Ein Krankenhausstandort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 16 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, in 12 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

In 5 Fällen wurde die Bewertung U99 vergeben. Da jedoch in 2 Fällen aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

In einem Fall wurde die Bewertung S99 vergeben, da hier ein unausgefüllter Minimaldatensatz vorlag.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 40 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 850205: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 13 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (20 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 9 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert, 4 weitere wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen.

In 4 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, in einem Fall wurden Dokumentationsfehler festgestellt. Ein Krankenhausstandort lieferte trotz Aufforderung keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit.

In einem Fall wurde die Bewertung A99 vergeben. Da jedoch aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden dieser zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 22,2 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Tabelle 25: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850204	52	35	16	14	1	1
850205	13	9	4	2	1	0

Anmerkungen:

AK-ID 850204: Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelelendoprothese“

AK-ID 850205: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

In der Dokumentation der Endoprothesenversorgung gibt es ab dem Erfassungsjahr 2015 weitreichende Änderungen. Künftig werden die QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* sowie *Hüft-Endoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel* im neuen QS-Verfahren *Hüft-*

endoprothesenversorgung (HEP) zusammengefasst. Zusätzlich werden die endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen aus dem bisherigen QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* mit erfasst. Damit werden ab 2015 im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* nur noch hüftgelenknahe Femurfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung erfasst.

Durch diese umfassende Umstrukturierung der QS-Verfahren entfallen die Auffälligkeitskriterien aus dem QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* für das Erfassungsjahr 2015.

4.13 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

AK-ID 813128: Angabe von ASA 5

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 8 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (18,6 % der dokumentationspflichtigen Standorte). Davon wurden 4 Standorte auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen, weitere 4 Standorte wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In allen 4 angeforderten Stellungnahmen gaben die Standorte Dokumentationsfehler für die rechnerische Auffälligkeit an.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurde in allen angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 813130: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 26 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (60,5 % der dokumentationspflichtigen Standorte). 12 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In 14 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 8 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 4 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Ein Standort lieferte trotz mehrfacher Aufforderung keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit.

Es wurde in einem Fall die Bewertung U99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurde dieser Fall der Bewertungskategorie „korrekte Dokumentation bestätigt“ zugeordnet.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 28,6 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Tabelle 26: Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813128	8	4	0	4	0	0

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813130	26	14	9	4	1	0

Anmerkungen:

AK-ID 813128: Angabe von ASA 5

AK-ID 813130: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

In der Dokumentation der Endoprothesenversorgung gibt es ab dem Erfassungsjahr 2015 weitreichende Änderungen. Im neuen QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* (KEP) werden künftig die bisherigen QS-Verfahren *Knie-Endoprothesen-Erstimplantation* sowie *Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* zusammengefasst. Hier werden auch die Implantationen von unikondylären Schlittenprothesen (ehemals Modul 17/6) mit einbezogen.

Durch diese umfassende Umstrukturierung der QS-Verfahren entfallen die Auffälligkeitskriterien aus dem QS-Verfahren *Knie-Endoprothesen-Erstimplantation* für das Erfassungsjahr 2015.

4.14 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

AK-ID 850326: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 31 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (15,7 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 26 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert, 5 Standorte erhielten einen Hinweis.

3 Standorte lieferten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 12 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 10 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Es wurde in einem Fall die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 42,3 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 102 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (51,5 % der dokumentationspflichtigen Standorte), 40 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In 62 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 36 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, in 18 Fällen wurden Dokumentationsfehler für die Abweichungen angegeben.

Zwei Standorte lieferten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. Ein Fall wurde als S99 eingestuft.

Es wurde in 2 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Es wurde in 3 Fällen die Bewertung U99 vergeben. Da aber in 2 Fällen aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurden diese Standorte zu „korrekte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 32,3 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 850328: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 19 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (9,6 % der dokumentationspflichtigen Standorte). Ein Standort wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In den übrigen 18 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 11 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, während in 5 Fällen Dokumentationsfehler vorlagen.

Es wurde in einem Fall die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. Es wurde in einem weiteren Fall die Bewertung U99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurde die Bewertung „korrekte Dokumentation bestätigt“ vergeben.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 33,3 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 850329: Angabe von ASA 5

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 2 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (1 % der dokumentationspflichtigen Standorte). Beide Standorte wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation vom betroffenen Standort bestätigt, der andere Krankenhausstandort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die Abweichung.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurde in keiner der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 850330: Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 28 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (14,1 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 3 Fällen davon wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen, in 25 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Ein Krankenhausstandort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 12 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Ein Fall wurde mit S99 eingestuft.

Es wurde in einem Fall die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 52 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

Tabelle 27: Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850326	31	26	12	11	3	0
850327	102	62	38	20	2	1
850328	19	18	12	6	0	0
850329	2	2	1	0	1	0
850330	28	25	9	13	1	1

Anmerkungen:

AK-ID 850326: Häufige Angaben von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen

AK-ID 850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

AK-ID 850328: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen

AK-ID 850329: Angabe von ASA 5

AK-ID 850330: Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen

In der Dokumentation der Endoprothesenversorgung gibt es ab dem Erfassungsjahr 2015 weitreichende Änderungen. Im neuen QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* (KEP) werden künftig die bisherigen QS-Verfahren *Knie-Endoprothesen-Erstimplantation* sowie *Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* zusammengefasst. Hier werden auch die Implantationen von unikondylären Schlittenprothesen mit einbezogen.

Durch diese umfassende Umstrukturierung der QS-Verfahren entfallen die Auffälligkeitskriterien aus dem QS-Verfahren *Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* für das Erfassungsjahr 2015.

4.15 Mammachirurgie

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 34 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (94,4 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 4 Fällen wurde auf die rechnerische Auffälligkeit

hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 19 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. 2 Fälle wurden mit S99 bewertet.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 63,3 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 28: Mammachirurgie – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813068	34	30	9	19	0	2

Anmerkungen:

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

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Durch die Aufnahme der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung zum Erfassungsjahr 2011 ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Vor diesem Hintergrund wurden durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit der Projektgruppe Datenvalidierung folgende Auffälligkeitskriterien entwickelt:

- Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
- Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
- Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

5.1 Indirekte QS-Verfahren

Für die indirekten Verfahren wurden die anzuwendenden Rechenregeln den LQS vom AQUA-Institut bekannt gegeben, sodass diese die Statistische Basisprüfung und den anschließenden Strukturierten Dialog eigenständig durchführen konnten.

5.1.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

In Tabelle 29 sind die rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen pro QS-Verfahren für die Erfassungsjahre 2012, 2013 und 2014 dargestellt. Die Gesamtzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte im Erfassungsjahr 2014 ist im Vergleich zum Vorjahr um 14,3 % gesunken. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2012 ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten um 37,9 % zurückgegangen.

In Bezug auf die einzelnen QS-Verfahren zeigt sich in den folgenden Verfahren ein leichter Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten für das AK Unterdokumentation:

- *Herzschrittmacher-Implantation*
- *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*
- *Karotis-Revaskularisation*
- *Cholezystektomie*
- *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel*
- *Mammachirurgie*
- *Ambulant erworbene Pneumonie*

Im QS-Verfahren *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* zeigt sich im Erfassungsjahr 2014 ein deutlicher Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (+ 79,2 %) (vgl. Abbildung 4).

In den restlichen QS-Verfahren ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten für das Auffälligkeitskriterium der Unterdokumentation im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen oder konstant geblieben. Ein besonders deutlicher Rückgang konnte für die Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* (-58,2 %), *Neonatologie* (-56,0 %) und *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* (-44,8 %) ermittelt werden (vgl. Abbildung 4).

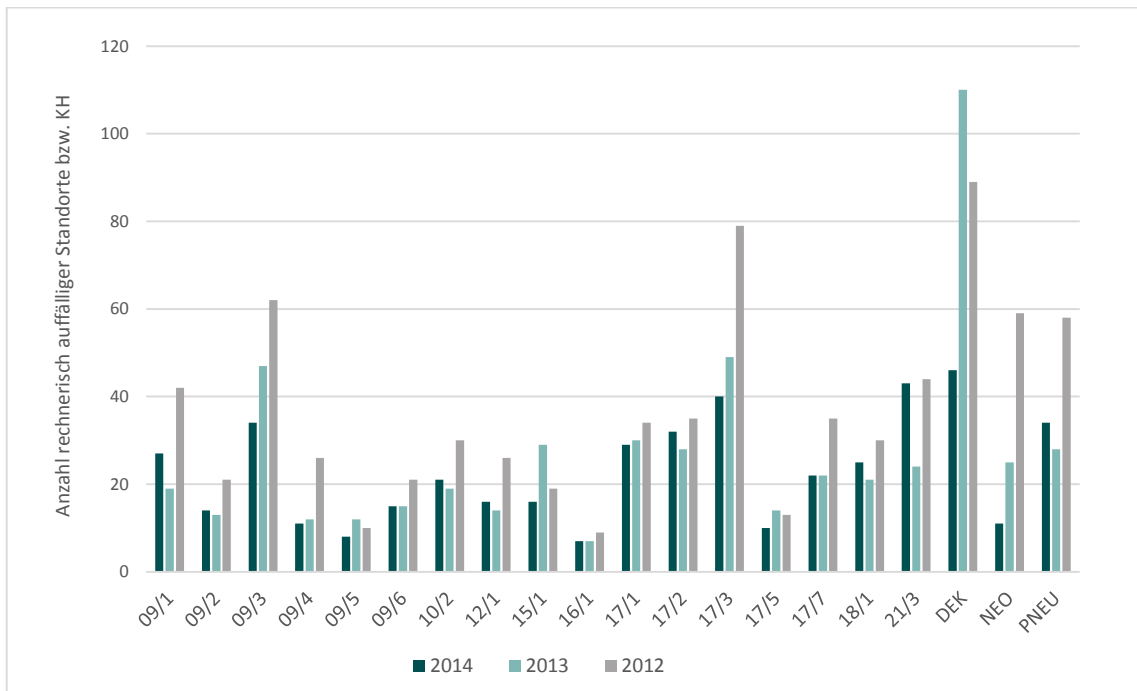


Abbildung 4: AK Unterdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse

QS-Verfahren	Erfassungsjahr 2014			Erfassungsjahr 2013			Erfassungsjahr 2012		
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %
Herzschrittmacher-Implantation	27	17	63	19	16	84,2	42	37	88,1
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	14	1	7,1	13	6	46,2	21	13	61,9
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	34	23	67,6	47	30	63,8	62	47	75,8
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	11	6	54,5	12	7	58,3	26	17	65,4
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	8	1	12,5	12	3	25	10	8	80
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	15	10	66,7	15	6	40	21	15	71,4
Karotis-Revaskularisation	21	13	61,9	19	15	78,9	30	24	80
Cholezystektomie	16	10	62,5	14	9	64,3	26	22	84,6
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	16	7	43,8	29	11	37,9	19	17	89,5
Geburtshilfe	7	3	42,9	7	2	28,6	9	9	100
Hüftgelenknahe Femurfraktur	29	20	69	30	15	50	34	29	85,3
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	32	11	34,4	28	19	67,9	35	25	71,4
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	40	16	40	49	29	59,2	79	58	73,4

QS-Verfahren	Erfassungsjahr 2014			Erfassungsjahr 2013			Erfassungsjahr 2012		
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	10	7	70	14	9	64,3	13	11	84,6
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	22	8	36,4	22	14	63,6	35	25	71,4
Mammachirurgie	25	12	48	21	11	52,4	30	25	83,3
Koronarangiographie u. Perkutane Koronarintervention (PCI)	43	27	62,8	24	16	66,7	44	39	88,6
Pflege: Dekubitusprophylaxe	46	39	84,8	110	70	63,6	89	63	70,8
Neonatologie	11	5	45,5	25	15	60,0	59	33	55,9
Ambulant erworbene Pneumonie	34	21	61,8	28	21	75,0	58	55	94,8
Gesamt	461	257	55,7	538	324	60,2	742	572	77,1

Als konkrete Gründe für Unterdokumentation wurden folgende Punkte identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
 - Prozessprobleme durch mangelhafte Vertretungs-/Einarbeitungsregelung mit der Folge des Überschreitens der Daten-Abgabefrist
 - personelle Engpässe
 - Probleme bei der Festlegung der Dokumentationsverantwortlichkeit bei Verbringungs-fällen
 - Daten wurden dokumentiert, aber nicht exportiert (Schnittstellenproblem zwischen Ärz-ten und EDV)
 - unterbliebene Nachbearbeitung von Datensätzen, die von der Datenannahmestelle zu-rückgewiesen wurden
 - Abteilung wurde geschlossen und die Datensätze konnten nicht mehr erhoben werden
 - Prozessfehler durch Umstrukturierungen (z. B. Fusionierung von Standorten und/oder Ab-teilungen)
- Softwareprobleme
 - Fehlerhafte Sollstatistik z. B. durch unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstel-lung des QS- Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmations-erklärung
 - Schnittstellenproblem zwischen QS-Filter-Auslösung und Datensatzanlage
 - technische Fehler im Dokumentationssystem: die Behandlungsfälle konnten nicht korrekt abgeschlossen werden und somit nicht an die LQS übermittelt werden
 - Fehler in der Übertragung der Datensätze durch Probleme mit Softwareschnittstellen bzw. bei Softwarewechseln und Upgrades
 - benutzerunfreundliche Software oder unbefriedigender Support durch Hersteller
- fehlerhafte Dokumentation

5.1.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

In Tabelle 30 sind die rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen pro QS-Verfahren für die Erfassungsjahre 2012, 2013 und 2014 dargestellt. Die Gesamtzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte im Erfassungsjahr 2014 ist im Vergleich zum Vorjahr um 25,5 % gesunken. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2012 ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten um 25,1 % zurückgegangen.

In Bezug auf die einzelnen QS-Verfahren zeigt sich in den folgenden Verfahren ein leichter Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten für das AK Überdokumentation:

- *Herzschrittmacher-Implantation*
- *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*
- *Cholezystektomie*
- *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)*

Im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* zeigt sich im Erfassungsjahr 2014 ein deutlicher Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (+ 25 %) (vgl. Abbildung 5).

In den restlichen QS-Verfahren ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten für das Auffälligkeitskriterium der Überdokumentation im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen oder konstant geblieben. Ein besonders deutlicher Rückgang konnte für die Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* (-75,0 %), *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* (-73,3 %), *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* (-80,0 %), *Mammachirurgie* (-60,0 %) sowie *Ambulant erworbene Pneumonie* (-56,7 %) ermittelt werden (vgl. Abbildung 5).

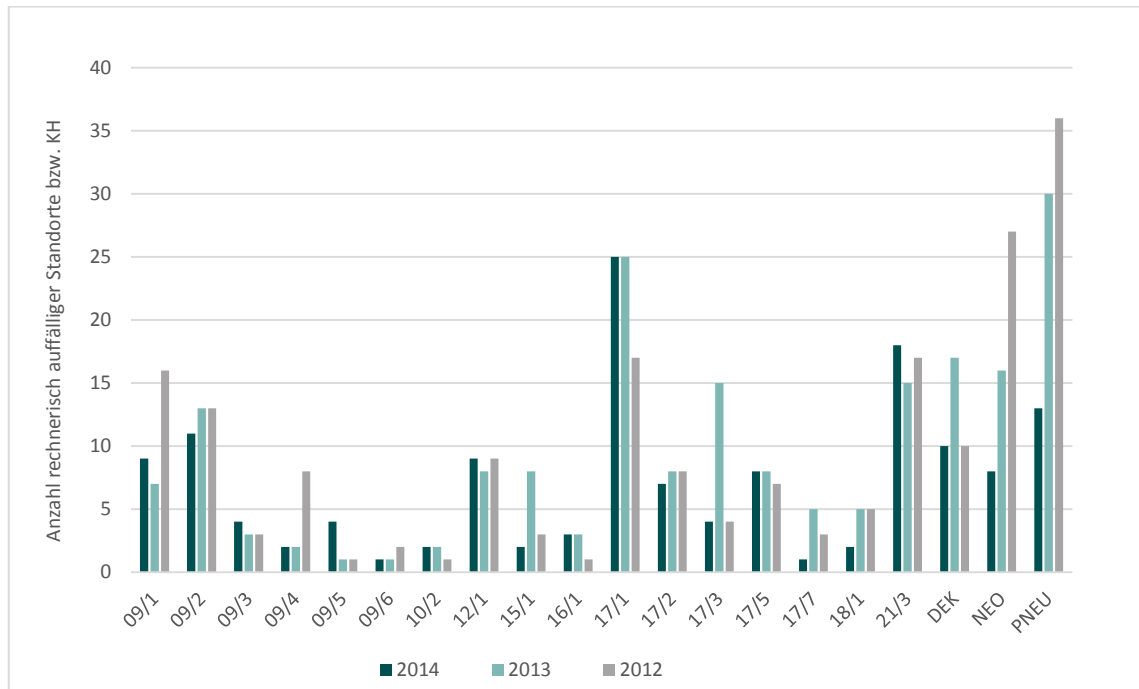


Abbildung 5: AK-Überdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten

Tabelle 30: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse

QS-Verfahren	Erfassungsjahr 2014			Erfassungsjahr 2013			Erfassungsjahr 2012		
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %
Herzschrittmacher-Implantation	9	4	44,4	7	3	42,9	16	9	56,3
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	11	7	63,6	13	9	69,2	13	11	84,6
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	4	2	50	3	2	66,7	3	1	33,3
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	2	1	50	2	1	50,0	8	7	87,5
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	4	2	50	1	1	100,0	1	1	100,0
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	1	1	100	1	1	100,0	2	0	0,0
Karotis-Revaskularisation	2	1	50	2	0	0,0	1	1	100,0
Cholezystektomie	9	4	44,4	8	5	62,5	9	4	44,4
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	2	2	100	8	6	75,0	3	3	100,0
Geburtshilfe	3	2	66,7	3	1	33,3	1	1	100,0
Hüftgelenknahe Femurfraktur	25	14	56	25	14	56,0	17	8	47,1
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	7	4	57,1	8	2	25,0	8	6	75
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	4	1	25	15	5	33,3	4	3	75

QS-Verfahren	Erfassungsjahr 2014			Erfassungsjahr 2013			Erfassungsjahr 2012		
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	8	3	37,5	8	3	37,5	7	4	57,1
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1	1	100	5	1	20,0	3	0	0,0
Mammachirurgie	2	1	50	5	1	20,0	5	5	100,0
Koronarangiographie u. Perkutane Koronarintervention (PCI)	18	14	77,8	15	11	73,3	17	13	76,5
Pflege: Dekubitusprophylaxe	10	9	90	17	12	70,6	10	4	40
Neonatologie	8	3	37,5	16	14	87,5	27	17	63
Ambulant erworbene Pneumonie	13	7	53,8	30	19	63,3	36	28	77,8
Gesamt	143	83	58,0	192	111	57,8	191	126	66,0

Als Gründe für Überdokumentationen wurden folgende Punkte identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
 - unterbliebene Stornierung bereits angelegter Datensätze bei Übermittlung von neu angelegten korrigierten Datensätzen mit neuer Vorgangsnummer
 - bei Fallzusammenführungen wurden übermittelte Datensätze nicht storniert
 - Personalwechsel
 - Übermittlung nicht dokumentationspflichtiger Fälle
 - mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung
- Softwareprobleme
 - fehlerhafte Sollstatistik z. B. durch unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung
 - nicht optimales Zusammenspiel zwischen QS-Filter und Erfassungssoftware (Berücksichtigung von nicht QS-pflichtige Fällen)
- fehlerhafte Dokumentation

5.1.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz

In der klinischen Praxis können Konstellationen auftreten, in denen ein Fall durch den QS-Filter als dokumentationspflichtig ausgelöst wird, obwohl der Datensatz des entsprechenden QS-Verfahrens nicht für die Dokumentation geeignet ist. Für derartige Konstellationen wurde der Minimaldatensatz entwickelt. Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden und dürfen nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem QS-Verfahren kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern. Zudem ist zu vermuten, dass durch die Einführung des Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen steigt.

In Tabelle 31 sind die rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen für das AK Minimaldatensatz der Erfassungsjahre 2014, 2013 und 2012 dargestellt. Es zeigt sich für das Erfassungsjahr 2014 insgesamt ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten um 27,4 % im Vergleich zum Vorjahr. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2012 ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten um 1,4 % gesunken.

Keine rechnerischen Auffälligkeiten aufgrund des AK Minimaldatensatz wurden im Erfassungsjahr 2014 für die QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*, *Geburtshilfe*, *Koronarangiographie* und *Perkutane Koronarintervention* sowie *Pflege: Dekubitusprophylaxe* ermittelt. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (n = 22) zeigten sich im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*.

In 69 % der rechnerisch auffälligen Fälle (n = 29) war das Anlegen der Minimaldatensätze korrekt. In 19 % der Fälle (n = 8) lag eine fehlerhafte Dokumentation vor.

Im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* wurde in einem Fall ein MDS angelegt, da eine Verlegung des Patienten in eine Reha-Einrichtung nach abgeschlossener Behandlung stattfand. Die Reha-Einrichtung muss aus Gründen der Abrechnung den auslösenden ICD-Code einer ambulant erworbenen Pneumonie mitführen, wodurch der QS-Bogen „Ambulant erworbene Pneumonie“ ausgelöst wird. Den QS-Bogen konnte der Standort aber nicht mehr sachgerecht ausfüllen, da die Akutbehandlung bereits an einem anderen Standort abgeschlossen wurde. Auch eine andere LQS berichtete von MDS, bei denen es sich um Sekundärbehandlungen von bereits austerapierten ambulant erworbenen Pneumonien handelt.

Eine LQS berichtete, dass ein Großteil der Fälle falsch als MDS dokumentiert wurde, da die ICD10-Schlüssel U69.-! als Abgrenzungskriterium der ambulant erworbenen Pneumonie für die Qualitätssicherung im Krankenhaus nicht bekannt war.

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse

QS-Verfahren	Erfassungsjahr 2014			Erfassungsjahr 2013			Erfassungsjahr 2012		
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	angeforderte Stellungnahmen in %
Herzschrittmacher-Implantation	4	2	50,0	8	5	62,5	0	-	-
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	0	-	-	2	0	-	1	0	-
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	10	6	60,0	12	6	50,0	9	8	88,9
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	4	2	50,0	4	2	50,0	3	3	100,0
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	2	2	100,0	1	1	100,0	2	2	100,0
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	3	1	33,3	8	5	62,5	7	5	71,4
Karotis-Revaskularisation	8	6	75,0	11	9	81,8	12	12	100,0
Cholezystektomie	1	0	0,0	3	3	100,0	0	-	-
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	4	1	25,0	4	1	25,0	3	3	100,0
Geburtshilfe	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Mammachirurgie	11	6	54,5	14	9	64,3	11	11	100,0
Koronarangiographie u. Perkutane Koronarintervention (PCI)	0	-	-	5	1	20,0	2	2	100,0
Ambulant erworbene Pneumonie	22	16	72,7	21	12	57,1	20	20	100,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	0	-	-	2	1	50,0	0	-	-
Gesamt	69	42	60,9	95	55	57,9	70	66	94,3

5.1.4 Erkenntnisse zur Vollzähligkeit

In Bezug auf die Vollzähligkeit ist auf die Abhängigkeit der Krankenhäuser von den verwendeten Softwareprodukten hinzuweisen. Fehlerhafte Umsetzung der Spezifikationen, nicht zufriedenstellender Support sowie späte Updates, Releases, Hotfixe, Patches etc. erschwerten kurz vor Abgabeschluss den Verantwortlichen vor Ort oft die notwendige Endkontrolle und den Feinabgleich. Für die LQS ist es zum Teil schwierig zu beurteilen, inwieweit Probleme mit der eingesetzten Software durch den zuständigen Mitarbeiter des Krankenhauses vor Ort hätten behoben werden können oder ob Software-Fehler oder -Probleme eine korrekte Erfassung oder Vollständigkeitskontrolle zeitgerecht gar nicht zuließen.

Niedrige Dokumentationsraten oder Überdokumentationen sind meist keine spezifischen Probleme der einzelnen klinischen Fachbereiche. Oft liegen systematische, organisatorische Probleme vor. Die medizinischen Ansprechpartner haben häufig Verständnisschwierigkeiten bei diesen nicht auf die Qualität der medizinischen Leistungserbringung gerichteten Fragestellungen. Die Einbeziehung von Mitarbeitern aus Controlling und Qualitätsmanagement ist hierbei zu empfehlen.

5.2 Direkte QS-Verfahren

Für die direkten Verfahren lag die Verantwortung für die Statistische Basisprüfung und die Durchführung des Strukturierten Dialogs bei der Institution nach § 137a SGB V. Dies war für das Erfassungsjahr 2014 das AQUA-Institut.

5.2.1 Herzchirurgie

Die 3 herzchirurgischen QS-Verfahren (*Koronarchirurgie, isoliert; Aortenklappenchirurgie, isoliert; Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*) werden über einen gemeinsamen herzchirurgischen Datensatz erfasst und daher wurde auch die Vollzähligkeit für alle zusammen überprüft.

Tabelle 32 zeigt die rechnerischen Auffälligkeiten und eingeleiteten Maßnahmen für die Erfassungsjahre 2014 und 2013.

AK-ID 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Insgesamt 3 Standorte wurden gebeten, eine auffällige Unterdokumentation zu erklären. Ein Krankenhausstandort gab an, einen Exportfehler nicht registriert zu haben, sodass versäumt wurde, das Datenpaket erneut zu senden. Ein weiterer Standort bezog sich auf eine Summe von internen EDV-Fehlern. Der dritte Krankenhausstandort hatte Probleme bzgl. der „Standortsortierung“. Alle Ergebnisse wurden als „qualitativ auffällig“ gewertet.

AK-ID 850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

Des Weiteren wurde im Erfassungsjahr 2014 von einer Einrichtung ein Minimaldatensatz übermittelt. Hier hatte eine Fehlkodierung die QS-Pflicht ausgelöst. Es wurde auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog verzichtet.

Tabelle 32: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahmen	Rechnerische Auffälligkeiten	Angeforderte Stellungnahmen
Unterdokumentation	3	3	3	3
Überdokumentation	0	-	0	-
Minimaldatensatz	1	0	0	-
Gesamt	4	3	3	3

Neben der Prüfung der Vollzähligkeit für die herzchirurgischen QS-Verfahren wurde auch die Vollzähligkeit (Unter- und Überdokumentation) in den Zählleistungsbereichen *Aortenklappen-chirurgie, isoliert – kathetergestützt (endovaskulär)* und *Aortenklappen-chirurgie, isoliert – ka-thetergestützt (transapikal)* überprüft. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Krankenhäuser mit rechnerisch auffälligem Ergebnis leicht gesunken. Während zum Erfassungsjahr 2013 insgesamt 20 Krankenhausstandorte hierbei ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufwiesen, waren es zum Erfassungsjahr 2014 insgesamt 14 Einrichtungen. Die Gründe, die dafür von den Krankenhäusern benannt wurden, waren vielfältig. Sie reichten von Fehldokumentationen, Mängeln in der Struktur- und Prozessqualität, organisatorischen oder Softwareproblemen bis hin zu besonderen klinischen Situationen oder erklärten sich durch Einzelfälle.

5.2.2 Transplantationen und Lebendspenden

Sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden erfolgt eine Überprüfung anhand der Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation. Da hier auch die Follow-up-Ergebnisse der Patienten nach ein, zwei und drei Jahren dokumentiert werden, wurden diese auch bei der Überprüfung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Seit dem Erfassungsjahr 2011 wird außerdem in allen Transplantationsverfahren die Häufigkeit der Angabe „Status unbekannt“ überprüft.

Für jedes QS-Verfahren der Transplantationsmedizin wurden zusätzlich zu den Kriterien zur Unter- und Überdokumentation die folgenden Auffälligkeitskriterien angewendet:

- Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

In Tabelle 33 sind die rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen zusammengefasst. Diese sind für alle transplantationsmedizinischen QS-Verfahren für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 dargestellt.

Die Gesamtzahl der rechnerischen Auffälligkeiten über die eingesetzten Auffälligkeitskriterien ist vom Erfassungsjahr 2013 zum Erfassungsjahr 2014 zurückgegangen.

In den QS-Verfahren *Lebertransplantation* (EJ 2013 n = 1; EJ 2014 n = 2) und *Herz- und Herz-Lungen-Transplantation* (EJ 2013 n = 9; EJ 2014 n = 11) ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten leicht angestiegen.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Es wurden 5 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Ein Fall war Folge der Überdokumentation des Vorjahres, der Fall wurde bereits im Erfassungsjahr 2013 übermittelt. Bei 2 Fällen wurden Softwareprobleme als Grund der Unterdokumentation angegeben. In einem weiteren Fall wurde der Abbruch einer Transplantation erst nach Versendung in der Sollstatistik geändert, sodass die übermittelte Sollstatistik fehlerhaft war. Ein weiterer Fall kam aufgrund einer inkorrekten Fallzusammenführung in der Sollstatistik zustande.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Es wurde eine rechnerische Auffälligkeit ermittelt, die nach Aussage des betroffenen Standorts durch Softwarefehler bedingt ist.

Tabelle 33: Transplantationen und Lebendspenden – Dokumentationsraten

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahmen	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahmen
Unterdokumentation	5	5	3	3
Überdokumentation	1	1	7	7
Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up	6	2	6	1
Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up	12	6	11	3
Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up	13	4	19	11
Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	1	1	0	-
Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	1	1	1	1
Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	4	4	6	6
Gesamt	43	24	53	32

Auffälligkeitskriterien zur Follow-up-Dokumentation

In den Stellungnahmen der Krankenhäuser wurden folgende Gründe für die geringen Follow-up-Raten bzw. die häufige Angabe eines unbekanntem Follow-up-Status angegeben:

- organisatorische Probleme:
 - ein Fall wurde vergessen zu exportieren
 - vor allem bei ausländischen Patienten ist es oftmals schwierig, Informationen zur Nachsorge zu erhalten
 - der Überlebensstatus des Patienten konnte nicht ermittelt werden, weil die Patienten die Nachsorgeuntersuchung nicht im Transplantationszentrum durchführen lassen
 - Patienten nehmen die Nachsorgetermine nicht wahr (bspw. aufgrund langer Anfahrtswege)
 - trotz Bemühungen konnten keine Informationen zum Überlebensstatus des Patienten ermittelt werden
- Struktur- und Prozessmängel:
 - die EDV-technischen Voraussetzungen für eine adäquate Nachsorgedokumentation waren nicht sichergestellt
 - Personalwechsel
 - Softwareprobleme

- zu späte Verfügbarkeit der Softwarelizenz, sodass Bögen nicht fristgerecht exportiert werden konnten
- eine zeitgerechte Übermittlung der Datensätze konnte aufgrund fehlerhafter Dokumentationen und organisatorischer Probleme nicht gewährleistet werden
- es wurde dokumentiert, aber die Daten wurden nicht rechtzeitig an das AQUA-Institut übersendet
- Dokumentationsfehler: unvollständige und fehlerhafte Dokumentation

Erfreulicherweise haben viele Krankenhäuser die Probleme erkannt und sind bereit, entsprechende Schritte einzuleiten. Im Rahmen der Bewertung wurden den Krankenhäusern weitere Vorschläge für mögliche Maßnahmen unterbreitet. Folgende Verbesserungsmaßnahmen wurden durch die Transplantationszentren bereits angestoßen:

- Besprechung von Einzelfällen im Rahmen von M&M-Konferenzen
- Anpassung des technischen Equipments
- Mitarbeiterschulung bezüglich der Dokumentation
- Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch Teambesprechungen
- Verbesserung der internen und externen Kommunikationswege
- Überarbeitung des Nachsorgekonzeptes
- Veränderungen im Personalwesen (Wechsel, Aufstockung)

6 Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren wurden zeitgleich zur Datenvalidierung weitere 16.428 rechnerische Auffälligkeiten bearbeitet. In Tabelle 34 sind die Ergebnisse über alle QS-Verfahren zusammengefasst dargestellt und mit dem Vorjahr verglichen. Detailliertere Informationen und Auswertungen dazu sind im *Bericht zum Strukturierten Dialog 2015 – Erfassungsjahr 2014* zu finden.

Tabelle 34: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren (gesamt)

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	16.428	100 %	17.233	100 %
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen	132	0,8 %	122	0,7 %
Hinweise	6.691	40,7 %	7.131	41,4 %
Stellungnahmen	9.600	58,4 %	9.975	57,9 %
Sonstiges	5	0 %	5	0 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)				
Anlässe für Besprechungen	282	1,7 %	236	1,4 %
Anlässe für Begehungen	60	0,4 %	39	0,2 %
Zielvereinbarungen	794	4,8 %	610	3,5 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten				
Hinweise [H20/H99]	6.660	40,5 %	7.027	40,8 %
Nach Überprüfung der Stellungnahmen				
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	6.291	38,3 %	6.570	38,1 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.687	10,3 %	1.763	10,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.434	8,7 %	1.489	8,6 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	356	2,2 %	384	2,2 %
Begründungen zu den Einstufungen				
Qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation [U31]	406	2,5 %	454	2,6 %
Qualitativ unauffällig: Bedingt durch Einzelfälle [U32]	4.503	27,4 %	4.997	29 %

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) [U33]	1.160	7,1 %	-	-
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar [U99]	222	1,4 %	1.119	6,5 %
Qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel [A41]	1.255	7,6 %	1.287	7,5 %
Qualitativ auffällig: Keine ausreichend erklärenden Gründe [A42]	246	1,5 %	273	1,6 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar [A99]	186	1,1 %	203	1,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation [D50]	1.313	8 %	1.369	7,9 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	55	0,3 %	55	0,3 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	66	0,4 %	65	0,4 %
Sonstiges: Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen [S91]	15	0,1 %	8	0 %
Sonstiges: Mit Kommentar [S99]	209	1,3 %	254	1,5 %

Anmerkung: Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe aus „H20“ und „H99“. Es wurden zudem Hinweise versendet (0,5 %), die mit einer anderen Bewertungskategorie (U, A oder S) eingestuft worden sind.

Aus den Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs lassen sich erste Rückschlüsse hinsichtlich häufig auftretender Dokumentationsprobleme ziehen. Dafür wurde zunächst die Häufigkeit der Bewertungen in der Einstufungsgruppe D „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ ermittelt. Außerdem wurden alle Kommentare zu den Bewertungen analysiert und diejenigen extrahiert, die auf vorliegende Dokumentationsmängel hinweisen.

In Tabelle 35 sind die Qualitätsindikatoren aufgeführt, bei denen auf Basis der Bewertungen und Kommentare am häufigsten Dokumentationsprobleme ausgetreten sind. In der Spalte „Kommentare“ sind nur die Anmerkungen gezählt, die bei allen anderen Bewertungen mit Ausnahme der Einstufungen D50, D51 und D99 aufgeführt waren. Die Spalte „Gesamt“ gibt an, in wie vielen Krankenhäusern bundesweit im Rahmen des Strukturierten Dialogs Dokumentationsprobleme bei diesen Indikatoren festgestellt wurden. Die Probleme reichen dabei von einzelnen Erfassungsfehlern bis hin zu tatsächlichen Dokumentationsfehlern.

Tabelle 35: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs: Qualitätsindikatoren mit Dokumentationsproblemen

Kürzel des Auswertungsmoduls	QI-ID: QI-Bezeichnung	D50	D51	D99	Kommentare	Gesamt
DEK	52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	125	6	15	39	185
PNEU	50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	99	1	3	53	156
17/2	1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	71	2	2	21	96
PNEU	2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	48	1	1	26	76
PNEU	2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)	44	1	5	16	66
21/3	12773: Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts	30	12	6	18	66
17/2	2223: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	35	2	0	18	55
16/1	318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	21	1	0	31	53
16/1	50046: Antibiotikagabe bei vorzeitigen Blasensprung	17	1	1	33	52
17/7	295: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	21	1	1	28	51
PNEU	2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	33	1	1	13	48
PNEU	2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	38	1	0	9	48
17/5	276: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	37	1	0	7	45
17/3	268: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	21	2	0	20	43
21/3	12774: Isolierte Koronarangiographie mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy cm ²	7	2	0	33	42

Im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* lagen häufig Fehlkodierungen vor. Den Berichten der LQS ist zu entnehmen, dass in vielen Krankenhäusern Unsicherheiten und Schwierigkeiten bei der Einstufung eines Dekubitus bestehen.

Im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* wird der Indikator „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (QI-ID 50722) samt Referenzbereich in der Fachgruppe auf Bundesebene kritisch diskutiert. Nach Aussage einiger Landesgeschäftsstellen erhielten Einrichtungen für die Ergebnisse in diesem Indikator hauptsächlich deshalb die Bewertung „qualitativ auffällig“, da es immer noch kein flächendeckender Standard sei, die Atemfrequenz bei der Aufnahme zu messen.

Für den Indikator „Antibiotika bei vorzeitigem Blasensprung“ (QI-ID 50046) im QS-Verfahren *Geburtshilfe* führten hauptsächlich Dokumentationsprobleme zu den Auffälligkeiten. Von einigen Kliniken wurde rückgemeldet, dass die Operationalisierung des Indikators zu überarbeiten sei, da die Zeitspanne zwischen Blasensprung und Geburt bzw. Aufnahme und Geburt zu gering ist, um eine Antibiotikagabe einzuleiten. Seit dem Erfassungsjahr 2015 erfolgt eine minutengenaue Erfassung des Aufnahmezeitpunkts der Mutter. Zudem wurde für das Erfassungsjahr 2015 der Referenzbereich ausgesetzt. Anhand der dann festgestellten Ergebnisse wird die Fachgruppe auf Bundesebene eine Überarbeitung der Rechenregel erneut überprüfen.

In den QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* traten häufig Dokumentationsfehler bei den Parametern zum Kellgren-Lawrence-Score auf.

Häufig wurde in den Kommentaren der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung angegeben, dass die notwendigen Informationen zwar in der Patientenakte vorlagen, aber nicht für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden. Das betrifft folgende Aspekte:

- *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)*: Dokumentation des Dosisflächenprodukts
- *Ambulant erworbene Pneumonie*: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme, Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung und Durchführung der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

7 Schlussfolgerung und Ausblick

Im Rahmen des Datenvalidierungsverfahrens konnten die Daten des Bundesdatenpools 2014 für die QS-Verfahren *Nierentransplantation*, *Leberlebendspende* und *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* erfolgreich umfassend hinsichtlich ihrer Datenvalidität geprüft werden. Durch den Einsatz von Auffälligkeitskriterien bei der Statistischen Basisprüfung konnten Probleme bezüglich der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhausstandorten zum Teil gelöst werden. Sofern Dokumentationsfehler vorlagen, wurden von den Krankenhausstandorten Maßnahmen zur künftigen Vermeidung eingeleitet.

Die Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs hat darüber hinaus gezeigt, welche der erstmals eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Verstetigung geeignet sind. So wurden im QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* 3 der 6 erstmalig eingesetzten und bei *Nierentransplantation* alle neu eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Erst-Verstetigung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA beschlossen. Für das QS-Verfahren *Leberlebendspende* wurden keine Auffälligkeitskriterien entwickelt.

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte erfolgt die Bewertung der Datenvalidität ausgewählter Datenfelder auf Grundlage eines definierten Schemas. Dabei konnte herausgestellt werden, dass in den untersuchten QS-Verfahren eine hohe Varianz der Datenvalidität vorliegt. So sind in jedem der 3 QS-Verfahren Datenfelder mit einer hervorragenden und einer guten Datenvalidität herauszustellen. Jedoch gibt es auch einige wenige Datenfeldern mit einer verbesserungsbedürftigen Datenvalidität.

Mit dem Ziel, die Erkenntnisse des Datenvalidierungsverfahrens optimal für die Weiterentwicklung der validierten Verfahren zu nutzen, wurden die Ergebnisse bereits an die jeweils zuständige Fachgruppe auf Bundesebene weitergeleitet.

Zusätzlich zu der umfassenden Datenvalidierung erfolgte erneut eine Überprüfung der Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit in den QS-Verfahren mit verstetigten Auffälligkeitskriterien. Durch die Anwendung der verstetigten Auffälligkeitskriterien konnten sowohl bei den indirekten als auch bei den direkten Verfahren rechnerische Auffälligkeiten in der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhausstandorten geklärt werden. War die rechnerische Auffälligkeit durch Fehler in den QS-Daten begründet, so wurden von den Krankenhausstandorten bereits Optimierungsmaßnahmen eingeleitet. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der verstetigten Auffälligkeitskriterien auf Anpassung bzw. Zuverlässigkeit. Im Ergebnis der Prüfung für das Erfassungsjahr 2014 wurde im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* ein Auffälligkeitskriterium gestrichen. In den QS-Verfahren *Geburtshilfe* und *Aortenklappenchirurgie, isoliert*, wurde jeweils ein Auffälligkeitskriterium modifiziert. Weiterhin ausgesetzt bleibt jeweils ein Auffälligkeitskriterium in den QS-Verfahren *Mammachirurgie* und *Ambulant erworbene Pneumonie*.

Darüber hinaus wurden die gelieferten Datensätze für jedes QS-Verfahren auch in Bezug auf ihre Vollständigkeit geprüft. Bei fast allen angewendeten Auffälligkeitskriterien zeigt sich eine positive Entwicklung. Die Dokumentationsraten haben sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert.

Auch im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren wurden Mängel bei der Dokumentationsqualität festgestellt. Die Gründe dafür reichen von einfachen Erfassungsfehlern über falsch verstandene oder fehlende Ausfüllhinweise bis hin zu mangelhafter Sorgfalt seitens der Krankenhäuser bei der Dokumentation für die externe Qualitätssicherung.

Für die umfassende Datenvalidierung 2016 wurden vom G-BA zwei indirekte sowie ein direktes QS-Verfahren ausgewählt. Somit wird eine umfassende Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2015 in den QS-Verfahren *Mammachirurgie, Pflege: Dekubitusprophylaxe* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* stattfinden.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative	Teilmenge der rechnerischen Auffälligkeiten, die in einem qualitativen Beurteilungsprozess (z. B. Strukturierter Dialog) als Qualitätsproblem einer Einrichtung klassifiziert wurden.
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
Basisauswertung	Auswertung der grundlegenden Angaben zu einem QS-Verfahren (Angaben zu Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauer, Diagnostik, Therapie usw.).
Bundesdatenpool	Zusammenführung aller bundesweit dokumentierten QS-Daten.
Datenfeld	Kleinste Einheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Dokumentation	siehe: QS-Dokumentation
Dokumentationsqualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines QS-Verfahrens, die durch die Größen Korrektheit (Übereinstimmung mit den Daten der Patientenakte), Vollständigkeit (einzelner Datensätze) und Vollzähligkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Dokumentationsrate	Das Verhältnis dokumentierter Fälle im Verhältnis zu allen dokumentationspflichtigen Fällen. Siehe auch: Vollzähligkeit.
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.
Fachgruppen auf Bundesebene	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z. B. in einem bestimmten medizinischen Leistungsbereich eines Krankenhauses.
Follow-up	auch: Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Versorgungsleistungen, deren Qualität (z. B. ein Behandlungserfolg) nicht einmalig, sondern zu unterschiedlichen weiteren Zeitpunkten gemessen wird. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
Klumpenstichprobe	auch: Clusterstichprobe. Besondere Form der Zufallsauswahl. Anders als in der einfachen Zufallsauswahl werden hier nicht einzelne Merkmalsträger ausgewählt, sondern ganze Gruppen („Klumpen“).

Begriff	Erläuterung
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. § 108 SGB V genutzt.
Minimaldatensatz	Wenn in der klinischen Praxis Konstellationen auftreten, in denen ein Fall durch den QS-Filter ausgelöst wird, obwohl der Datensatz des entsprechenden QS-Verfahrens nicht für die Dokumentation geeignet ist, kann ein Ersatzdatensatz mit minimalen Angaben ausgefüllt werden.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung.
QS-Filter	Algorithmus, der auf Grundlage festgelegter Kriterien die für die Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer zu dokumentierenden Patienten und deren Daten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
Rechenregeln	hier: Regeln zur Berechnung von Indikatoren.
Referenzbereich	Gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich.
Sentinel-Event	Sehr seltene und schwerwiegende medizinische Ereignisse (z. B. Todesfälle während eines Routineeingriffs). In der Qualitätssicherung zeigt ein Sentinel-Event-Indikator Vorkommnisse an, denen in jedem Einzelfall nachgegangen wird.
Sollstatistik	Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen, die vom Krankenhaus durch eine Konformitätserklärung schriftlich bestätigt wird. Sie gibt die zu erwartende Anzahl von Fällen in den einzelnen QS-Verfahren (Soll) an und bildet zusammen mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist) die Grundlage der Vollzähligkeitsprüfung.
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z. B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist.
Strukturierter Dialog	Instrument der Qualitätsförderung. Strukturiertes Verfahren, das Einrichtungen bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators im Rahmen der statistischen Basisprüfung der übermittelten QS-Daten (QSKH-RL).

Begriff	Erläuterung
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Vollzähligkeitsprüfung	Abgleich der laut QS-Filter-Software zu erwartenden Anzahl von Fällen in einem QS-Verfahren (Soll) mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist).