Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Laura Nölke, Georg Heinze, Axel Mertens

Bericht zur Datenvalidierung 2015

Anhang

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 17. Mai 2016

Impressum

Thema:
Bericht zur Datenvalidierung 2015. Anhang

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

Lesehilfen zu den Tabellen ... 8
Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 8
Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 9
Übersicht der QS-Verfahren ... 13
1 Umfassende Datenvalidierung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation ... 16
1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 16
1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien ... 16
1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium ... 19
1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 20
1.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium ... 21
1.1.5 Ergebnisse pro Bundesland ... 22
1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 23
1.2.1 Datenfeld 16: Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff ... 23
1.2.2 Datenfeld 17: Batterieerschöpfung ... 24
1.2.3 Datenfeld 18: vermutete Schrittmacherfehlfunktion ... 25
1.2.4 Datenfeld 19: Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf ... 26
1.2.5 Datenfeld 20: Pektoraliszucken ... 26
1.2.6 Datenfeld 21: Taschenhämatom ... 27
1.2.7 Datenfeld 22: Infektion ... 27
1.2.8 Datenfeld 23: anderes Taschenproblem ... 27
1.2.9 Datenfeld 24: Aggregatperforation ... 28
1.2.10 Datenfeld 25: sonstige Indikation ... 28
1.2.11 Datenfeld 26: Vorhof ... 29
1.2.12 Datenfeld 27: Ventrikel 1. Sonde ... 31
1.2.13 Datenfeld 28: Ventrikel 2. Sonde ... 33
1.2.14 Datenfeld 33: postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden ... 35
1.2.15 Datenfeld 35: Art des Vorgehens ... 37
1.2.16 Datenfeld 36: Jahr der Implantation ... 38
1.2.17 Datenfeld 39: Art des Vorgehens ... 38

1.2.18 Datenfeld 40: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 40
1.2.19 Datenfeld 49: Art des Vorgehens 41
1.2.20 Datenfeld 50: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 43
1.2.21 Datenfeld 55: Reizschwelle 44
1.2.22 Datenfeld 56: nicht gemessen 44
1.2.23 Datenfeld 57: R-Amplitude 45
1.2.24 Datenfeld 58: nicht gemessen 45
1.2.25 Datenfeld 70: Art des Vorgehens 47
1.2.26 Datenfeld 74: Art des Vorgehens 48
1.2.27 Datenfeld 80: Art des Vorgehens 49
1.2.28 Datenfeld 81: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 50
1.2.29 Datenfeld 92: peri- bzw. postoperative Komplikationen 51
1.2.30 Datenfeld 93: Asystolie 52
1.2.31 Datenfeld 94: Kammerflimmern 52
1.2.32 Datenfeld 95: interventionspflichtiger Pneumothorax 53
1.2.33 Datenfeld 96: interventionspflichtiger Hämatothorax 53
1.2.34 Datenfeld 97: interventionspflichtiger Perikarderguss 54
1.2.35 Datenfeld 98: interventionspflichtiges Taschenhämatom 54
1.2.36 Datenfeld 99: Sondendislokation 54
1.2.37 Datenfeld 102: Sondendysfunktion 55
1.2.38 Datenfeld 105: postoperative Wundinfektion 55
1.2.39 Datenfeld 107: sonstige interventionspflichtige Komplikation 56
1.2.40 Datenfeld 109: Entlassungsgrund (Tod) 56
2 Umfassende Datenvalidierung: Nierentransplantation 58
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog 58
2.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien 58
2.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium 59
2.1.3 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium 59
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 60
2.2.1 Datenfeld 8: Geschlecht 60
2.2.2 Datenfeld 12: Vorerkrankungen 61
2.2.3 Datenfeld 13: Diabetes mellitus 62

2.2.4 Datenfeld 21: Spendertyp ... 63
2.2.5 Datenfelder 26 und 27: Kreatinin i.S. in mg/dl bzw. i.S. in µmol/l ... 64
2.2.6 Datenfeld 29: OP-Datum ... 64
2.2.7 Datenfeld 31: Abbruch der Transplantation ... 65
2.2.8 Datenfeld 38: Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung ... 66
2.2.9 Datenfeld 39: Postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats ... 67
2.2.10 Datenfeld 40: Anzahl postoperativer Dialysen bis Funktionsaufnahme ... 68
2.2.11 Datenfeld 41: behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en) ... 68
2.2.12 Datenfeld 42: Blutung ... 69
2.2.13 Datenfeld 43: Reoperation erforderlich ... 70
2.2.14 Datenfeld 44: sonstige Komplikation ... 70
2.2.15 Datenfeld 49: akute behandlungsbedürftige Rejektion Niere ... 71
2.2.16 Datenfelder 51 und 52: Kreatininwert i.S. in mg/dl bzw. i.S. in µmol/l ... 72
2.2.17 Datenfeld 56: Entlassungsgrund (Tod) ... 72
3 Umfassende Datenvalidierung: Leberlebendspende ... 74
3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 74
3.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien ... 74
3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 74
3.2.1 Datenfeld 11: OP-Datum ... 74
3.2.2 Datenfeld 13: Segment I ... 74
3.2.3 Datenfeld 14: Segment II ... 75
3.2.4 Datenfeld 15: Segment III ... 75
3.2.5 Datenfeld 16: Segment IV ... 75
3.2.6 Datenfeld 17: Segment V ... 76
3.2.7 Datenfeld 18: Segment VI ... 76
3.2.8 Datenfeld 19: Segment VII ... 77
3.2.9 Datenfeld 20: Segment VIII ... 77
3.2.10 Datenfeld 21: Gewicht entnommene Leber ... 78
3.2.11 Datenfeld 22: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en) ... 78
3.2.12 Datenfeld 23: Blutung ... 79
3.2.13 Datenfeld 24: Gallenwegskomplikation ... 80

3.2.14 Datenfeld 25: Sekundäre Wundheilung ... 80
3.2.15 Datenfeld 26: Ileus ... 81
3.2.16 Datenfeld 27: Akutes Leberversagen ... 81
3.2.17 Datenfeld 28: sonstige eingriffsspezifische Komplikationen ... 82
3.2.18 Datenfeld 30: Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich ... 82
3.2.19 Datenfeld 32: allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en) ... 83
3.2.20 Datenfeld 33: Thrombose ... 84
3.2.21 Datenfeld 34: Lungenembolie ... 84
3.2.22 Datenfeld 35: Pneumonie ... 85
3.2.23 Datenfeld 36: sonstige allgemeine Komplikationen ... 85
3.2.24 Datenfeld 41: Entlassungsgrund (Tod) ... 85
4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung) ... 87
4.1 Verstetigte Auffälligkeitskriterien ... 87
4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium ... 90
4.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 93
4.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium ... 94
4.5 Ergebnisse pro Bundesland ... 97
5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 98
5.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation ... 98
5.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren ... 98
5.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 100
5.1.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren ... 101
5.1.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 103
5.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation ... 104
5.2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren ... 104
5.2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 106
5.2.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren ... 107
5.2.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 109
5.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz ... 110
5.3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren ... 110
5.3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 111

5.3.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren 112
5.3.4 Ergebnisse pro Bundesland 113
5.4 Weitere Auffälligkeitskriterien 114
5.4.1 Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt 114
5.4.2 Herztransplantation 115
5.4.3 Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 116
5.4.4 Lebertransplantation 117
5.4.5 Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation 118
5.4.6 Nierenlebendspende 119

Lesehilfen zu den Tabellen

Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse zur Datenvalidierung erfolgt in tabellarischer Form. Um die Verständlichkeit der Tabellen zu erhöhen, wird im Folgenden erläutert, welche Informationen ihnen jeweils zu entnehmen sind. Zunächst werden die Tabellen zur Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog erläutert und anschließend die Tabellen zum Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.

Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Jedes Auffälligkeitskriterium, das im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog in den QS-Verfahren, die für eine umfassende Datenvalidierung ausgewählt wurden, zur Anwendung gekommen ist, wird anhand der Rechenregel in der folgenden Form beschrieben:

Beschreibung Zähler	Beschreibung der Fälle, die bei der Berechnung des Zählers berücksichtigt werden
Beschreibung Nenner	Beschreibung der Fälle, die bei der Berechnung des Nenners berücksichtigt werden
Referenzbereich	Festgelegter Ergebnisbereich, mit dessen Hilfe auffällige von unauffälligen Ergebnissen bei Auffälligkeitskriterien unterschieden werden können. Ergebnisse innerhalb von Referenzbereichen sind als unauffällige bzw. gute Dokumentationsqualität zu werten. Referenzbereiche können entweder durch einen festen Wert (fixer Referenzbereich) oder durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse definiert sein (Perzentil-Referenzbereich). Eine rechnerische Auffälligkeit ist definiert als Abweichung in einem Auffälligkeitskriterium von diesem Referenzbereich.
Mindestzahl Zähler	Gibt die Mindestanzahl an Fällen für die Zählerberechnung an, die ein Krankenhaus behandelt haben muss, damit das Auffälligkeitskriterium überhaupt berechnet wird.
Mindestzahl Nenner	Gibt die Mindestanzahl an Fällen für die Nennerberechnung an, die ein Krankenhaus behandelt haben muss, damit das Auffälligkeitskriterium überhaupt berechnet wird.

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

- Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium
- Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland
- Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium
- Ergebnisse pro Bundesland

In den Tabellen zu den durchgeführten Maßnahmen ist zu jeder Maßnahmenkategorie auch der prozentuale Anteil angegeben. Die Prozentwerte beziehen sich auf die Anzahl der rechnerischen

Auffälligkeiten bei diesem Auffälligkeitskriterium bzw. in diesem Bundesland. Die Werte in den Spalten „keine Maßnahme“, „Hinweis“, „Stellungnahme“ und „Sonstiges“ ergeben zusammen die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten. Im Abschnitt „Zusätzliche Maßnahmen“ sind die Maßnahmen dargestellt, die zusätzlich zur Anforderung einer Stellungnahme eingeleitet wurden.

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

Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

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

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

Die Tabellenspalten entsprechen den in der Akte gefundenen Einträgen, die zeilenweisen Einträge sind aus den QS-Dokumentationen entnommen. Übereinstimmende Einträge sind auf den Hauptdiagonalen farblich unterlegt. Falls Informationen zu einem Datenfeld für einen Fall nicht aus der Patientenakte ersichtlich waren, dann wird dies im Rahmen der Zweiterfassung mit der

Angabe „aus PA nicht ersichtlich“ kodiert und taucht entsprechend als eigene Auswertungskategorie in der Tabelle auf.

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

Mit dem Ziel, die Datenvalidität einzelner Datenfelder zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen berechnet werden. Dabei wird grundsätzlich von der Prämisse ausgegangen, dass die Information in der Patientenakte eine Art „Goldstandard“ darstellt, d. h. dass die dort enthaltenen Informationen die tatsächliche Versorgungsrealität widerspiegeln. 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, aus der Auswertung ausgeschlossen. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Kennzahlen erläutert.

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

Wird die Übereinstimmung eines Datenfelds mit genau zwei möglichen Einträgen (insbesondere ja/nein; evtl. hervorgegangen aus der Zusammenfassung mehrerer Kategorien) dargestellt, so werden zusätzlich zu der Übereinstimmungs- und Abweichungsrate auch die folgenden vier Kennzahlen angegeben:

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

negativ prädiktiver Wert (NPW)	Anteil der in der Akte nicht enthaltenen Ereigniseinträge an allen in der QS-Dokumentation nicht angegebenen Ereignissen. Der NPW gibt also die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein in der QS-Dokumentation nicht angegebenes Ereignis (z. B. Nichtvorliegen einer Komplikation) tatsächlich auch nicht in der Patientenakte enthalten ist.

Zudem wird für jedes untersuchte Datenfeld angegeben, bei wie vielen Krankenhausstandorten Abweichungen ermittelt wurden sowie bei wie vielen Krankenhausstandorten keine Abweichungen ermittelt wurden.

Interpretation der Kennzahlen

Zur Bewertung der Datenvalidität in einem Datenfeld sollten, wenn möglich, die Sensitivität und die Spezifität herangezogen werden. Hierbei wird die folgende Kategorisierung vorgeschlagen:

Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität	Bewertung der Datenvalidität
Sensitivität und Spezifität ≥ 90 %	hervorragend
Sensitivität und/oder Spezifität ≥ 80 % und < 90 %	gut
Sensitivität und/oder Spezifität < 80 %	verbesserungsbedürftig

Falls die Sensitivität und die Spezifität für ein Datenfeld nicht berechnet werden können, kann alternativ die Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität verwendet werden, für die eine äquivalente Kategorisierung empfohlen wird:

Kategorisierung der Übereinstimmungsrate	Bewertung der Datenvalidität
Übereinstimmungsrate ≥ 90 %	hervorragend
Übereinstimmungsrate ≥ 80 % und < 90 %	gute
Übereinstimmungsrate < 80 %	verbesserungsbedürftig

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

Kategorisierung von PPW und NPW	Bewertung der Verlässlichkeit für QI-Berechnung
PPW und NPW ≥ 90 %	hervorragend
PPW und/oder NPW ≥ 80 % und < 90 %	gut
PPW und/oder NPW < 80 %	verbesserungsbedürftig

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

Übersicht der QS-Verfahren

Kürzel des Auswertungs-moduls	Name des QS-Verfahrens	Beschreibung
Indirekte QS-Verfahren		
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
09/5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
09/6	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
10/2	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
12/1	Cholezystektomie	Chirurgische Entfernung der Gallenblase
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Operationen in der Frauenheilkunde
16/1	Geburtshilfe	Die Geburtshilfe umfasst den Bereich kurz vor und nach der Entbindung
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

Kürzel des Auswertungs-moduls	Name des QS-Verfahrens	Beschreibung
17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile
18/1	Mammachirurgie	Operation an der Brust
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarinterven-tion (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herz-kranzgefäße (mittels Herzkatheter)
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
NEO	Neonatologie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Direkte QS-Verfahren		
HCH-AORT	Aortenklappenchirurgie, isoliert	Konventionelle Methode (HCH-AORT-CHIR): Der Ersatz der Aortenklappe erfolgt durch eine „offene“ Operation am stillste-henden Herzen unter Einsatz der Herz-Lun-gen-Maschine. Der Zugang zum Herzen er-folgt über das Brustbein. Kathetergestützte Methode (HCH-AORT-KATH): Die Aortenklappe wird katheterge-stützt ersetzt. Der Zugang während des Eingriffs erfolgt entweder „transapikal“ (Hautschnitt über der Herzspitze) oder „transvaskulär“ (Punktion der Leistenarte-rie).
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
HTX	Herztransplantation	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger
LLS	Leberlebendspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
LTX	Lebertransplantation	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger

Kürzel des Auswertungs-moduls	Name des QS-Verfahrens	Beschreibung
NLS	Nierenlebendspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
NTX	Nierentransplantation	Transplantation einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Transplantation der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Transplantation einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger

1 Umfassende Datenvalidierung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

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

Zähler	Patienten, bei denen dokumentiert wurde, dass das Jahr der Implantation nicht bekannt ist
Nenner	Alle Patienten mit Eingriff am Aggregat
Referenzbereich	≤ 22,26 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	5
Mindestanzahl Nenner	-

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

Zähler	Patienten mit unbekanntem Zeitabstand zur Implantation der Sonde
Nenner	Alle Patienten, bei denen der Zeitabstand zur Implantation dokumentiert werden muss und bei denen ein Eingriff an der Sonde vorgenommen wurde (Neuimplantation, Neuplatzierung, Reparatur, Explantation, Stilllegung, sonstiges)
Referenzbereich	≤ 7,41 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-

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

Zähler	Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde oder bei denen keine Angabe zur Art des Vorgehens erfolgt ist
Nenner	Alle Patienten mit Sondenproblemen
Referenzbereich	≤ 19,51 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-

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

Zähler	Patienten ohne Eigenrhythmus
Nenner	Alle Patienten, bei denen eine Angabe zur intraoperativen Messung der R-Amplitude bei der 1. Ventrikelsonde erfolgt ist
Referenzbereich	≤ 25,95 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	5
Mindestanzahl Nenner	-

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

Zähler	Patienten ohne peri- bzw. postoperative Komplikationen
Nenner	Alle lebend entlassenen Patienten mit langer postoperativer Verweildauer, langer Eingriffsdauer und hoher Durchleuchtungszeit* (jeweils über dem 90. Perzentil)
Referenzbereich	< 100,00 %
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-

850342: Angabe von ausschließlich sonstigen interventionspflichtigen peri- bzw. postoperativen Komplikationen

Zähler	Patienten, bei denen ausschließlich „sonstige interventionspflichtige Komplikationen“ dokumentiert wurden
Nenner	Alle lebend entlassenen Patienten mit peri- bzw. postoperativen Komplikationen
Referenzbereich	≤ 1 (Zähler)
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-

1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
AK-ID	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
850337	17	13,6	0	0,0	1	5,9	16	94,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	17,6
850338	13	10,4	0	0,0	3	23,1	10	76,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	23,1
850339	31	24,8	0	0,0	2	6,5	29	93,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	16,1
850340	19	15,2	0	0,0	9	47,4	10	52,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3
850341	44	35,2	1	2,3	14	31,8	29	65,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850342	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**125**	**100,0**	**1**	**0,8**	**29**	**23,2**	**95**	**76,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**12**	**9,6**

1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	24	19,2	0	0,0	0	0,0	24	19,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	9	7,2	0	0,0	0	0,0	9	7,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	14	11,2	0	0,0	6	4,8	8	6,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	4	3,2	0	0,0	0	0,0	4	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	1	0,8	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	5	4,0	0	0,0	0	0,0	5	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	11	8,8	0	0,0	0	0,0	11	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	6,4
Nordrhein-Westfalen	27	21,6	0	0,0	15	12,0	12	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,2
Rheinland-Pfalz	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	7	5,6	0	0,0	4	3,2	3	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	7	5,6	1	0,8	3	2,4	3	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	6	4,8	0	0,0	0	0,0	6	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	5	4,0	0	0,0	0	0,0	5	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**125**	**100,0**	**1**	**0,8**	**29**	**23,2**	**95**	**76,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**12**	**9,6**

1.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850337	16	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	68,8	0	0,0	3	18,8	0	0,0	1	6,3
850338	10	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	80,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850339	29	3	10,3	0	0,0	0	0,0	1	3,4	24	82,8	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0
850340	10	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850341	29	20	69,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	17,2	1	3,4	1	3,4	0	0,0	2	6,9
850342	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**95**	**33**	**34,7**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**1,1**	**51**	**53,7**	**2**	**2,1**	**5**	**5,3**	**0**	**0,0**	**3**	**3,2**

1.1.5 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	24	8	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	58,3	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	9	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	8	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	4	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	5	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	11	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	12	3	25,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Schleswig-Holstein	6	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	66,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
Thüringen	5	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**95**	**33**	**34,7**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**1,1**	**51**	**53,7**	**2**	**2,1**	**5**	**5,3**	**0**	**0,0**	**3**	**3,2**

1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

1.2.1 Datenfeld 16: Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	496	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	461	92,9 %

		in Patientenakte					Gesamt
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	298 60,1 %	11 2,2 %	0 0 %	0 0 %	11 2,2 %	320 0 %
	2	26 5,2 %	111 22,4 %	0 0 %	1 0,2 %	20 4 %	158 0 %
	3	7 1,4 %	0 0 %	3 0,6 %	0 0 %	1 0,2 %	11 0 %
	4	2 0,4 %	0 0 %	0 0 %	2 0,4 %	3 0,6 %	7 0 %
Gesamt		333 67,1 %	122 24,6 %	3 0,6 %	3 0,6 %	35 7,1 %	496 100 %

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

Anmerkungen:

1 = stationär, eigene Institution

2 = stationär, andere Institution

3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution

4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	414/461	89,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	47/461	10,2 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	21	48,8 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	22	51,2 %

1.2.2 Datenfeld 17: Batterieerschöpfung

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	170	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	163	95,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		regulär	vorzeitig	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	regulär	125 92,6 %	4 3 %	1 0,7 %	130 96,3 %
	vorzeitig	2 1,5 %	2 1,5 %	1 0,7 %	5 3,7 %
Gesamt		127 94,1 %	6 4,4 %	2 1,5 %	135 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	157/163	96,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/163	3,7 %
Sensitivität	125/127	98,4 %
Spezifität	2/6	33,3 %
positiv prädiktiver Wert	125/129	96,9 %
Negativ prädiktiver Wert	2/4	50 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	22,0 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32	78,0 %

1.2.3 Datenfeld 18: vermutete Schrittmacherfehlfunktion

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	169	99,4 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	2,4 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	40	97,6 %

1.2.4 Datenfeld 19: Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	170	100 %

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

1.2.5 Datenfeld 20: Pektoraliszucken

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	169	99,4 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	2,4 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	40	97,6 %

1.2.6 Datenfeld 21: Taschenhämatom

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	170	100 %

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

1.2.7 Datenfeld 22: Infektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	168	98,8 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	4,9 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	39	95,1 %

1.2.8 Datenfeld 23: anderes Taschenproblem

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	165	97,1 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	7,3 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	38	92,7 %

1.2.9 Datenfeld 24: Aggregatperforation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	170	100 %

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

1.2.10 Datenfeld 25: sonstige Indikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	165	97,1 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	12,2 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	36	87,8 %

1.2.11 Datenfeld 26: Vorhof

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Sondenproblem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	298	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	289	97 %

		in Patientenakte											Gesamt
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**99**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**1**	68 55,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %	1 0,8 %	0 0 %	1 0,8 %	0 0 %	0 0 %	71 57,7 %
	2	0 0 %	14 11,4 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %	0 0 %	15 12,2 %
	3	1 0,8 %	0 0 %	4 3,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	5 4,1 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %
	6	1 0,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	6 4,9 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	7 5,7 %
	7	4 3,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	12 9,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %	17 13,8 %
	8	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 1,6 %	0 0 %	0 0 %	2 1,6 %
	99	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 2,4 %	1 0,8 %	4 3,3 %
Gesamt		74 60,2 %	14 11,4 %	4 3,3 %	1 0,8 %	1 0,8 %	7 5,7 %	13 10,6 %	0 0 %	3 2,4 %	4 3,3 %	2 1,6 %	123 100 %

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

Anmerkungen:
1 = Dislokation
2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt
3 = fehlerhafte Konnektion
4 = Zwerchfellzucken
5 = Inhibition durch Muskelpotentiale/Oversensing
6 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing
7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg
8 = Infektion
9 = Myokardperforation
99 = sonstige

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	279/289	96,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10/289	3,5 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	12	28,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	30	71,4 %

1.2.12 Datenfeld 27: Ventrikel 1. Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Sondenproblem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	298	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	286	96 %

		in Patientenakte											Gesamt
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**99**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**1**	45 22,8 %	2 1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 1 %	0 0 %	2 1 %	0 0 %	0 0 %	51 25,9 %
	2	0 0 %	37 18,8 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	1 0,5 %	41 20,8 %
	3	0 0 %	0 0 %	2 1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 1,5 %
	4	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 1 %
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %
	6	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	11 5,6 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	14 7,1 %
	7	4 2 %	2 1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	72 36,5 %	0 0 %	1 0,5 %	1 0,5 %	1 0,5 %	82 41,6 %
	8	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %
	99	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 1 %	0 0 %	2 1 %
Gesamt		49 24,9 %	43 21,8 %	2 1 %	1 0,5 %	2 1 %	12 6,1 %	77 39,1 %	0 0 %	4 2 %	4 2 %	3 1,5 %	197 100 %

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

Anmerkungen:
1 = Dislokation
2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt
3 = fehlerhafte Konnektion
4 = Zwerchfellzucken
5 = Inhibition durch Muskelpotentiale/Oversensing
6 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing
7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg
8 = Infektion
9 = Myokardperforation
99 = sonstige

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	264/286	92,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	22/286	7,7 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	20	47,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	22	52,4 %

1.2.13 Datenfeld 28: Ventrikel 2. Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Sondenproblem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	298	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	296	99,3 %

		in Patientenakte											Gesamt
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**99**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**1**	1 33,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	6	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	7	1 33,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %
	8	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	99	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Gesamt		2 66,7 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 100 %

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

Anmerkungen:
1 = Dislokation
2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt
3 = fehlerhafte Konnektion
4 = Zwerchfellzucken
5 = Inhibition durch Muskelpotentiale/Oversensing
6 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing
7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg
8 = Infektion
9 = Myokardperforation
99 = sonstige

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	295/296	99,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/296	0,3 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	4,8 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	40	95,2 %

1.2.14 Datenfeld 33: postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	496	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	495	99,8 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	**nein****	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**ja**	479 96,6 %	3 0,6 %	1 0,2 %	483 97,4 %
	nein**	3 0,6 %	10 2 %	0 0 %	13 2,6 %
Gesamt		482 97,2 %	13 2,6 %	1 0,2 %	496 100 %

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

** Nein, da Explantation

	Anzahl	**%**
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	489/495	98,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/495	1,2 %
Sensitivität	479/482	99,4 %
Spezifität	10/13	76,9 %
positiv prädiktiver Wert	479/482	99,4 %
negativ prädiktiver Wert	10/13	76,9 %

	Anzahl	**%**
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	11,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	38	88,4 %

1.2.15 Datenfeld 35: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein postoperativ funktionell aktives SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	482	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	482	100 %

		in Patientenakte					Gesamt
		0	1	2	9	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	0	199 41,3 %	2 0,4 %	2 0,4 %	0 0 %	0 0 %	203 42,1 %
	1	2 0,4 %	225 46,7 %	3 0,6 %	0 0 %	0 0 %	230 47,7 %
	2	3 0,6 %	2 0,4 %	27 5,6 %	0 0 %	0 0 %	32 6,6 %
	9	3 0,6 %	3 0,6 %	2 0,4 %	6 1,2 %	0 0 %	14 2,9 %
Gesamt		207 42,9 %	232 48,1 %	34 7,1 %	6 1,2 %	0 0 %	482 100 %

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

Anmerkungen:
0 = kein Eingriff am Aggregat
1 = Neuimplantation
2 = Neuplatzierung
9 = sonstiges

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	457/482	94,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	25/482	5,2 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	13	30,2 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	30	69,8 %

1.2.16 Datenfeld 36: Jahr der Implantation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation als Art des Vorgehens (Datenfeld 35) keine Neuimplantation bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	242	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	242	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	224	92,6 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	24,4 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	31	75,6 %

1.2.17 Datenfeld 39: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein AAI, DDD, VDD, CRT-System mit einer Vorhofsonde oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	325	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	322	99,1 %

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

		in Patientenakte						Gesamt
		0	**1**	**2**	**4**	**9**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**0**	174 53,7 %	1 0,3 %	8 2,5 %	0 0 %	0 0 %	1 0,3 %	184 0 %
	1	1 0,3 %	63 19,4 %	2 0,6 %	0 0 %	1 0,3 %	1 0,3 %	68 0 %
	2	0 0 %	2 0,6 %	65 20,1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	67 0 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,3 %	0 0 %	0 0 %	1 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	4 1,2 %	0 0 %	4 0 %
Gesamt		175 54 %	66 20,4 %	75 23,1 %	1 0,3 %	5 1,5 %	2 0,6 %	324 100 %

Anmerkungen:
0 = kein Eingriff an der Sonde
1 = Neuimplantation
2 = Neuplatzierung
4 = Reparatur
9 = sonstiges

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	307/322	95,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15/322	4,7 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	13	31,0 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	29	69,0 %

1.2.18 Datenfeld 40: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation als Art des Vorgehens (Datenfeld 39) keine Neuimplantation bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	252	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	252	100 %

		in Patientenakte				Gesamt
		≤ 1 Jahr	> 1 Jahr	unbekannt	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	≤ 1 Jahr	141 56 %	3 1,2 %	0 0 %	0 0 %	144 0 %
	> 1 Jahr	2 0,8 %	106 42,1 %	0 0 %	0 0 %	108 0 %
	unbekannt	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Gesamt		143 56,7 %	109 43,3 %	0 0 %	0 0 %	252 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	247/252	98 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/252	2 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	7,1 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	39	92,9 %

1.2.19 Datenfeld 49: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	480	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	476	99,2 %

		in Patientenakte						Gesamt
		0	**1**	**2**	**4**	**9**	**aus PA nicht ersicht-lich***	
in QS-Dokumentation	**0**	232 48,6 %	5 1 %	3 0,6 %	0 0 %	0 0 %	2 0,4 %	242 0 %
	1	0 0 %	156 32,7 %	3 0,6 %	1 0,2 %	0 0 %	0 0 %	160 0 %
	2	2 0,4 %	1 0,2 %	64 13,4 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	67 0 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,2 %	0 0 %	0 0 %	1 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	6 1,3 %	1 0,2 %	7 0 %
Gesamt		234 49,1 %	162 34 %	70 14,7 %	2 0,4 %	6 1,3 %	3 0,6 %	477 100 %

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

Anmerkungen:
0 = kein Eingriff an der Sonde
1 = Neuimplantation
2 = Neuplatzierung
4 = Reparatur
9 = sonstiges

	Anzahl	**%**
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	461/476	96,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15/476	3,2 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	25,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32	74,4 %

1.2.20 Datenfeld 50: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation als Art des Vorgehens (Datenfeld 49) keine Neuimplantation bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	308	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	306	99,4 %

		in Patientenakte				Gesamt
		≤ 1 Jahr	> 1 Jahr	unbekannt	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	≤ 1 Jahr	143 46,4 %	5 1,6 %	0 0 %	0 0 %	148 0 %
	> 1 Jahr	4 1,3 %	151 49 %	0 0 %	2 0,6 %	157 0 %
	unbekannt	0 0 %	2 0,6 %	1 0,3 %	0 0 %	3 0 %
Gesamt		147 47,7 %	158 51,3 %	1 0,3 %	2 0,6 %	308 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	295/306	96,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11/306	3,6 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	6	14,3 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	36	85,7 %

1.2.21 Datenfeld 55: Reizschwelle

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	480	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	8	1,7 %
Grundgesamtheit Analyse	472	98,3 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	375	79,4 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	24	55,8 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	19	44,2 %

1.2.22 Datenfeld 56: nicht gemessen

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	480	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	6	1,3 %
Grundgesamtheit Analyse	474	98,8 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	444	93,7 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	25,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32	74,4 %

1.2.23 Datenfeld 57: R-Amplitude

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	480	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	11	2,3 %
Grundgesamtheit Analyse	469	97,7 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	353	75,3 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	26	60,5 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	17	39,5 %

1.2.24 Datenfeld 58: nicht gemessen

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	480	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	436	90,8 %

		in Patientenakte			Gesamt
		1	**9**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**1**	30 78,9 %	3 7,9 %	2 5,3 %	35 92,1 %
	9	0 0 %	3 7,9 %	0 0 %	3 7,9 %
Gesamt		30 78,9 %	6 15,8 %	2 5,3 %	38 100 %

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

Anmerkungen:
1 = kein Eigenrhythmus
9 = aus anderen Gründen

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	433/436	99,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/436	0,7 %
Sensitivität	30/30	100 %
Spezifität	3/6	50 %
positiv prädiktiver Wert	30/33	90,9 %
negativ prädiktiver Wert	3/3	100 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	14	32,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	29	67,4 %

1.2.25 Datenfeld 70: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Angabe in QS-Dokumentation und Patientenakte

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	224	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	224	100 %

		in Patientenakte				Gesamt
		1	2	9	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	198 88,4 %	1 0,4 %	0 0 %	0 0 %	199 0 %
	2	10 4,5 %	4 1,8 %	0 0 %	0 0 %	14 0 %
	9	4 1,8 %	0 0 %	7 3,1 %	0 0 %	11 0 %
Gesamt		212 94,6 %	5 2,2 %	7 3,1 %	0 0 %	224 100 %

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

Anmerkungen:
1 = Explantation
2 = Stilllegung
9 = sonstiges

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	209/224	93,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15/224	6,7 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	21,4 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	33	78,6 %

1.2.26 Datenfeld 74: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Angabe in QS-Dokumentation und Patientenakte

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	114	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	112	98,2 %

		in Patientenakte				Gesamt
		1	2	9	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	16 14,2 %	1 0,9 %	1 0,9 %	0 0 %	18 0 %
	2	0 0 %	85 75,2 %	0 0 %	0 0 %	85 0 %
	9	1 0,9 %	1 0,9 %	7 6,2 %	1 0,9 %	10 0 %
Gesamt		17 15 %	87 77 %	8 7,1 %	1 0,9 %	113 100 %

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

Anmerkungen:
1 = Explantation
2 = Stilllegung
9 = sonstiges

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	108/112	96,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/112	3,6 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	5,9 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32	94,1 %

1.2.27 Datenfeld 80: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Angabe in QS-Dokumentation und Patientenakte

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	127	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	122	96,1 %

		in Patientenakte				Gesamt
		1	2	9	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	23 18,4 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	23 0 %
	2	3 2,4 %	79 63,2 %	0 0 %	1 0,8 %	83 0 %
	9	0 0 %	2 1,6 %	15 12 %	2 1,6 %	19 0 %
Gesamt		26 20,8 %	81 64,8 %	15 12 %	3 2,4 %	125 100 %

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

Anmerkungen:
1 = Explantation
2 = Stilllegung
9 = sonstiges

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	117/122	95,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/122	4,1 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	10,8 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	33	89,2 %

1.2.28 Datenfeld 81: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine Art des Vorgehens (Datenfeld 80) dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	122	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	122	100 %

		in Patientenakte				Gesamt
		1	2	9	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	22 18 %	1 0,8 %	0 0 %	0 0 %	23 0 %
	2	1 0,8 %	96 78,7 %	0 0 %	0 0 %	97 0 %
	9	0 0 %	1 0,8 %	1 0,8 %	0 0 %	2 0 %
Gesamt		23 18,9 %	98 80,3 %	1 0,8 %	0 0 %	122 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	119/122	97,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/122	2,5 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	8,1 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	34	91,9 %

1.2.29 Datenfeld 92: peri- bzw. postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	496	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	496	100 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	11 2,2 %	2 0,4 %	0 0 %	13 2,6 %
	nein	3 0,6 %	480 96,8 %	0 0 %	483 97,4 %
Gesamt		14 2,8 %	482 97,2 %	0 0 %	496 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	491/496	99 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/496	1 %
Sensitivität	11/14	78,6 %
Spezifität	480/482	99,6 %
positiv prädiktiver Wert	11/13	84,6 %
negativ prädiktiver Wert	480/483	99,4 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	11,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	38	88,4 %

1.2.30 Datenfeld 93: Asystolie

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

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

1.2.31 Datenfeld 94: Kammerflimmern

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

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

1.2.32 Datenfeld 95: interventionspflichtiger Pneumothorax

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

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

1.2.33 Datenfeld 96: interventionspflichtiger Hämatothorax

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

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

1.2.34 Datenfeld 97: interventionspflichtiger Perikarderguss

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

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

1.2.35 Datenfeld 98: interventionspflichtiges Taschenhämatom

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

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

1.2.36 Datenfeld 99: Sondendislokation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	10	90,9 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	12,5 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	87,5 %

1.2.37 Datenfeld 102: Sondendysfunktion

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	10	90,9 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	12,5 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	87,5 %

1.2.38 Datenfeld 105: postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

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

1.2.39 Datenfeld 107: sonstige interventionspflichtige Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

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

1.2.40 Datenfeld 109: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	496	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	496	100 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	4 0,8 %	0 0 %	0 0 %	4 0,8 %
	nein	0 0 %	492 99,2 %	0 0 %	492 99,2 %
Gesamt		4 0,8 %	492 99,2 %	0 0 %	496 100 %

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

	Anzahl	**%**
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	496/496	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/496	0 %
Sensitivität	4/4	100 %
Spezifität	492/492	100 %
positiv prädiktiver Wert	4/4	100 %
negativ prädiktiver Wert	492/492	100 %

2 Umfassende Datenvalidierung: Nierentransplantation

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

2.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

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

Zähler	Patienten ohne behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb 1 Jahres nach der Transplantation
Nenner	Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2013 ohne Retransplantation im Jahr 2014 mit bekanntem Follow-up-Status
Referenzbereich	≤ 90,00 %
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	25

2.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
AK-ID	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
850343	9	100	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

2.1.3 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

		Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
AK-ID	**Angeforderte Stellungnahmen**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
850343	9	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

2.2.1 Datenfeld 8: Geschlecht

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100 %

		in Patientenakte			Gesamt
		männlich	weiblich	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	männlich	55 69,6 %	0 0 %	0 0 %	55 69,6 %
	weiblich	0 0 %	24 30,4 %	0 0 %	24 30,4 %
Gesamt		55 69,6 %	24 30,4 %	0 0 %	79 100 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0 %
Sensitivität	55/55	100 %
Spezifität	24/24	100 %
positiv prädiktiver Wert	55/55	100 %
negativ prädiktiver Wert	24/24	100 %

2.2.2 Datenfeld 12: Vorerkrankungen

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	71 89,9 %	5 6,3 %	0 0 %	76 96,2 %
	nein	2 2,5 %	1 1,3 %	0 0 %	3 3,8 %
Gesamt		73 92,4 %	6 7,6 %	0 0 %	79 100 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	72/79	91,1 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/79	8,9 %
Sensitivität	71/73	97,3 %
Spezifität	1/6	16,7 %
positiv prädiktiver Wert	71/76	93,4 %
negativ prädiktiver Wert	1/3	33,3 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.3 Datenfeld 13: Diabetes mellitus

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation Diabetes mellitus als Vorerkrankung dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	71	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	71	100 %

		in Patientenakte					Gesamt
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	3	0 0 %	0 0 %	9 100 %	0 0 %	0 0 %	9 100 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Gesamt		0 0 %	0 0 %	9 100 %	0 0 %	0 0 %	9 100 %

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

Anmerkungen:
1 = ja, diätisch behandelt
2 = ja, orale Medikation
3 = ja, mit Insulin behandelt
4 = ja, unbehandelt

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	71/71	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/71	0 %

2.2.4 Datenfeld 21: Spendertyp

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100 %

		in Patientenakte			Gesamt
		hirntot	lebend	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	hirntot	48 60,8 %	0 0 %	0 0 %	48 60,8 %
	lebend	0 0 %	31 39,2 %	0 0 %	31 39,2 %
Gesamt		48 60,8 %	31 39,2 %	0 0 %	79 100 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0 %
Sensitivität	48/48	100 %
Spezifität	31/31	100 %
positiv prädiktiver Wert	48/48	100 %
negativ prädiktiver Wert	31/31	100 %

2.2.5 Datenfelder 26 und 27: Kreatinin i.S. in mg/dl bzw. i.S. in µmol/l

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	79	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	79	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	72	91,1 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.6 Datenfeld 29: OP-Datum

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	79	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	79	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	75	94,9 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.7 Datenfeld 31: Abbruch der Transplantation

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	1 1,3 %
	nein	0 0 %	78 98,7 %	0 0 %	78 98,7 %
Gesamt		0 0 %	79 100 %	0 0 %	79 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	78/79	98,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/79	1,3 %
Sensitivität	0/0	100 %
Spezifität	78/79	98,7 %
positiv prädiktiver Wert	0/1	0 %
negativ prädiktiver Wert	78/78	100 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75 %

2.2.8 Datenfeld 38: Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	75 94,9 %	0 0 %	0 0 %	75 94,9 %
	nein	0 0 %	4 5,1 %	0 0 %	4 5,1 %
Gesamt		75 94,9 %	4 5,1 %	0 0 %	79 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0 %
Sensitivität	75/75	100 %
Spezifität	4/4	100 %
positiv prädiktiver Wert	75/75	100 %
negativ prädiktiver Wert	4/4	100 %

2.2.9 Datenfeld 39: Postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation kein funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung dokumentiert wurde.

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

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	nein	0 0 %	4 100 %	0 0 %	4 100 %
Gesamt		0 0 %	4 100 %	0 0 %	4 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/4	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/4	0 %
Sensitivität	0/0	100 %
Spezifität	4/4	100 %
positiv prädiktiver Wert	0/0	100 %
negativ prädiktiver Wert	4/4	100 %

2.2.10 Datenfeld 40: Anzahl postoperativer Dialysen bis Funktionsaufnahme

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung oder eine postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats dokumentiert wurden.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	75	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	75	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	75	100 %

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

2.2.11 Datenfeld 41: behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	9 11,4 %	1 1,3 %	0 0 %	10 12,7 %
	nein	1 1,3 %	68 86,1 %	0 0 %	69 87,3 %
Gesamt		10 12,7 %	69 87,3 %	0 0 %	79 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	77/79	97,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/79	2,5 %
Sensitivität	9/10	90 %
Spezifität	68/69	98,6 %
positiv prädiktiver Wert	9/10	90 %
negativ prädiktiver Wert	68/69	98,6 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.12 Datenfeld 42: Blutung

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	9	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	9	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	9	100 %

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

2.2.13 Datenfeld 43: Reoperation erforderlich

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	9	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	9	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	7	77,8 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75 %

2.2.14 Datenfeld 44: sonstige Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	9	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	9	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	44,4 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.15 Datenfeld 49: akute behandlungsbedürftige Rejektion Niere

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	11 13,9 %	0 0 %	0 0 %	11 13,9 %
	nein	0 0 %	68 86,1 %	0 0 %	68 86,1 %
Gesamt		11 13,9 %	68 86,1 %	0 0 %	79 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0 %
Sensitivität	11/11	100 %
Spezifität	68/68	100 %
positiv prädiktiver Wert	11/11	100 %
negativ prädiktiver Wert	68/68	100 %

2.2.16 Datenfelder 51 und 52: Kreatininwert i.S. in mg/dl bzw. i.S. in µmol/l

Grundgesamtheit: alle Patienten mit einer Angabe in QS-Dokumentation und Patientenakte

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	75	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	75	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	70	93, 3 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.17 Datenfeld 56: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		tot	**lebend**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**tot**	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	lebend	0 0 %	79 100 %	0 0 %	79 100 %
Gesamt		0 0 %	79 100 %	0 0 %	79 100 %

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

	Anzahl	**%**
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0 %
Sensitivität	0/0	100 %
Spezifität	79/79	100 %
positiv prädiktiver Wert	0/0	100 %
negativ prädiktiver Wert	79/79	100 %

3 Umfassende Datenvalidierung: Leberlebendspende

3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

3.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

Es wurden keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit definiert.

3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

3.2.1 Datenfeld 11: OP-Datum

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	40	97,6 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75 %

3.2.2 Datenfeld 13: Segment I

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

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

3.2.3 Datenfeld 14: Segment II

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

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

3.2.4 Datenfeld 15: Segment III

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

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

3.2.5 Datenfeld 16: Segment IV

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

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

3.2.6 Datenfeld 17: Segment V

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

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

3.2.7 Datenfeld 18: Segment VI

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	40	97, 6 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75 %

3.2.8 Datenfeld 19: Segment VII

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	40	97, 6 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75 %

3.2.9 Datenfeld 20: Segment VIII

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

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

3.2.10 Datenfeld 21: Gewicht entnommene Leber

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	1	2,4 %
Grundgesamtheit Analyse	40	97,6 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	35	87,5 %

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

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

3.2.11 Datenfeld 22: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	41	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	41	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	**nein**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**ja**	4 9,8 %	0 0 %	0 0 %	4 9,8 %
	nein	0 0 %	37 90,2 %	0 0 %	37 90,2 %
Gesamt		4 9,8 %	37 90,2 %	0 0 %	41 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	41/41	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/41	0 %
Sensitivität	4/4	100 %
Spezifität	37/37	100 %
positiv prädiktiver Wert	4/4	100 %
negativ prädiktiver Wert	37/37	100 %

3.2.12 Datenfeld 23: Blutung

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

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

3.2.13 Datenfeld 24: Gallenwegskomplikation

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

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

3.2.14 Datenfeld 25: Sekundäre Wundheilung

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

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

3.2.15 Datenfeld 26: Ileus

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

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

3.2.16 Datenfeld 27: Akutes Leberversagen

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

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

3.2.17 Datenfeld 28: sonstige eingriffsspezifische Komplikationen

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

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

3.2.18 Datenfeld 30: Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	41	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	41	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	nein	0 0 %	41 100 %	0 0 %	41 100 %
Gesamt		0 0 %	41 100 %	0 0 %	41 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	41/41	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/41	0 %
Sensitivität	0/0	100 %
Spezifität	41/41	100 %
positiv prädiktiver Wert	0/0	100 %
negativ prädiktiver Wert	41/41	100 %

3.2.19 Datenfeld 32: allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	41	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	41	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	2 4,9 %	0 0 %	0 0 %	2 4,9 %
	nein	0 0 %	39 95,1 %	0 0 %	39 95,1 %
Gesamt		2 4,9 %	39 95,1 %	0 0 %	41 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	41/41	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/41	0 %
Sensitivität	2/2	100 %
Spezifität	39/39	100 %
positiv prädiktiver Wert	2/2	100 %
negativ prädiktiver Wert	39/39	100 %

3.2.20 Datenfeld 33: Thrombose

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	2	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	2	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	2	100 %

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

3.2.21 Datenfeld 34: Lungenembolie

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	2	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	2	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	2	100 %

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

3.2.22 Datenfeld 35: Pneumonie

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	2	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	2	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	2	100 %

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

3.2.23 Datenfeld 36: sonstige allgemeine Komplikationen

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikationen dokumentiert wurden.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	2	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	2	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	2	100 %

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

3.2.24 Datenfeld 41: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	41	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	41	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		tot	**lebend**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**tot**	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	lebend	0 0 %	41 100 %	0 0 %	41 100 %
Gesamt		0 0 %	41 100 %	0 0 %	41 100 %

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	41/41	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/41	0 %
Sensitivität	0/0	100 %
Spezifität	41/41	100 %
positiv prädiktiver Wert	0/0	100 %
negativ prädiktiver Wert	41/41	100 %

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

4.1 Verstetigte Auffälligkeitskriterien

QS-Verfahren	AK-ID	Bezeichnung
Herzschrittmacher-Implantation	813070	Häufig führendes Symptom „sonstiges“
Herzschrittmacher-Implantation	813071	Häufig führende Indikation „sonstiges“
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	850315	Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	850316	Häufige Angabe von ASA 4
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	850317	Häufige Angabe von ASA 5
Karotis-Revaskularisation	850331	Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten
Karotis-Revaskularisation	850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
Karotis-Revaskularisation	850334	Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	811823	Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 60 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	850312	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Geburtshilfe	850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
Geburtshilfe	850319	Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess

QS-Verfahren	AK-ID	Bezeichnung
Geburtshilfe	850320	Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht
Hüftgelenknahe Femurfraktur	813191	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	813129	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	813126	ASA 5 bei elektiven Eingriffen
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850204	Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850205	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	813130	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	813128	ASA 5 bei elektiven Eingriffen
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850326	Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850327	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850328	Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850329	Angabe von ASA 5
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850330	Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen
Mammachirurgie	813068	Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie
Koronarchirurgie, isoliert	813165	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
Koronarchirurgie, isoliert	815002	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

QS-Verfahren	AK-ID	Bezeichnung
Koronarchirurgie, isoliert	850324	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	811809	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	815005	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	850322	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850282	Risikoadjustierung nach dem AKL Score vermehrt nicht möglich
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850288	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850323	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	850325	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

Aus-wer-tungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-A	811809	5	0,9	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	811823	21	3,8	0	0,0	2	9,5	19	90,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	14,3
18/1	813068	34	6,1	0	0,0	4	11,8	30	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,8
09/1	813070	45	8,1	0	0,0	14	31,1	31	68,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
09/1	813071	44	7,9	0	0,0	9	20,5	35	79,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/2	813126	14	2,5	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/5	813128	8	1,4	0	0,0	4	50,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/2	813129	11	2	0	0,0	5	45,5	6	54,5	0	0,0	1	9,1	0	0,0	1	9,1
17/5	813130	26	4,7	0	0,0	12	46,2	14	53,8	0	0,0	1	3,8	0	0,0	1	3,8
HCH-K	813165	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/1	813191	8	1,4	0	0,0	6	75,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
HCH-K	815002	4	0,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-A	815005	4	0,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850204	52	9,3	0	0,0	17	32,7	35	67,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850205	13	2,3	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850282	15	2,7	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850288	5	0,9	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Aus-wer-tungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-Ab	850289	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850290	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850291	7	1,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850292	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850312	24	4,3	0	0,0	3	12,5	21	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
09/4	850313	28	5	0	0,0	7	25,0	21	75,0	0	0,0	2	7,1	0	0,0	4	14,3
09/4	850314	7	1,3	0	0,0	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850315	20	3,6	0	0,0	2	10,0	18	90,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0
09/4	850316	44	7,9	0	0,0	12	27,3	32	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3
09/4	850317	14	2,5	0	0,0	2	14,3	12	85,7	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
16/1	850318	32	5,7	0	0,0	3	9,4	29	90,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850319	40	7,2	0	0,0	10	25,0	30	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5
16/1	850320	10	1,8	0	0,0	2	20,0	8	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-A	850322	6	1,1	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850323	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-K	850324	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-M	850325	4	0,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850326	31	5,6	0	0,0	5	16,1	26	83,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Aus-wer-tungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17/7	850327	102	18,3	0	0,0	40	39,2	62	60,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
17/7	850328	19	3,4	0	0,0	1	5,3	18	94,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850329	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850330	28	5	0	0,0	3	10,7	25	89,3	0	0,0	1	3,6	0	0,0	4	14,3
10/2	850331	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850332	23	4,1	0	0,0	12	52,2	11	47,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850334	26	4,7	0	0,0	5	19,2	21	80,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Gesamt		**558**	**100,0**	**0**	**0,0**	**121**	**21,7**	**437**	**78,3**	**0**	**0,0**	**6**	**1,1**	**0**	**0,0**	**18**	**3,2**

4.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	396	14,3	0	0,0	3	0,1	393	14,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	255	9,2	0	0,0	69	2,5	186	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	213	7,7	0	0,0	30	1,1	183	6,6	0	0,0	6	0,2	0	0,0	3	0,1
Brandenburg	66	2,4	0	0,0	3	0,1	63	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	21	0,8	0	0,0	0	0,0	21	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	60	2,2	0	0,0	6	0,2	54	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	150	5,4	0	0,0	0	0,0	150	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	33	1,2	0	0,0	0	0,0	33	1,2	0	0,0	3	0,1	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	258	9,3	0	0,0	0	0,0	258	9,3	0	0,0	3	0,1	0	0,0	39	1,4
Nordrhein-Westfalen	633	22,8	0	0,0	372	13,4	261	9,4	0	0,0	9	0,3	0	0,0	66	2,4
Rheinland-Pfalz	120	4,3	0	0,0	102	3,7	18	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	15	0,5	0	0,0	0	0,0	15	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	117	4,2	0	0,0	12	0,4	105	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	87	3,1	6	0,2	24	0,9	57	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	75	2,7	0	0,0	0	0,0	75	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	72	2,6	0	0,0	30	1,1	42	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	207	7,5	0	0,0	0	0,0	207	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**2778**	**100,0**	**6**	**0,2**	**651**	**23,5**	**2121**	**76,4**	**0**	**0,0**	**21**	**0,7**	**0**	**0,0**	**108**	**3,9**

4.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

Aus-wer-tungs-modul	AK-ID	Ange-forderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-A	811809	5	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	811823	19	2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	52,6	4	21,1	0	0,0	0	0,0	3	15,8
18/1	813068	30	9	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	63,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7
09/1	813070	31	8	25,8	0	0,0	0	0,0	3	9,7	17	54,8	1	3,2	2	6,5	0	0,0	0	0,0
09/1	813071	35	3	8,6	0	0,0	0	0,0	2	5,7	24	68,6	2	5,7	4	11,4	0	0,0	0	0,0
17/2	813126	14	1	7,1	0	0,0	0	0,0	2	14,3	6	42,9	4	28,6	0	0,0	0	0,0	1	7,1
17/5	813128	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/2	813129	6	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0
17/5	813130	14	8	57,1	0	0,0	0	0,0	1	7,1	4	28,6	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-K	813165	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/1	813191	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-K	815002	4	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
HCH-A	815005	4	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850204	35	16	45,7	0	0,0	0	0,0	5	14,3	12	34,3	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,9
17/3	850205	9	4	44,4	0	0,0	0	0,0	2	22,2	1	11,1	1	11,1	1	11,1	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850282	15	3	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	73,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
HCH-Ab	850288	5	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Aus-wer-tungs-modul	AK-ID	Ange-forderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-Ab	850289	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850290	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850291	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850292	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850312	21	12	57,1	0	0,0	0	0,0	1	4,8	4	19,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	3	14,3
09/4	850313	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	19	90,5	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850314	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850315	18	2	11,1	0	0,0	0	0,0	1	5,6	14	77,8	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850316	32	18	56,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	31,3	2	6,3	1	3,1	0	0,0	1	3,1
09/4	850317	12	2	16,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7
16/1	850318	29	9	31,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	16	55,2	1	3,4	2	6,9	0	0,0	0	0,0
16/1	850319	30	9	30,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	11	36,7	0	0,0	3	10,0	0	0,0	4	13,3
16/1	850320	8	5	62,5	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	12,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-A	850322	6	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850323	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-K	850324	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-M	850325	4	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850326	26	12	46,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	38,5	3	11,5	1	3,8	0	0,0	0	0,0

Aus-wer-tungs-modul	AK-ID	Ange-forderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17/7	850327	62	36	58,1	0	0,0	0	0,0	3	4,8	18	29,0	2	3,2	2	3,2	0	0,0	1	1,6
17/7	850328	18	11	61,1	0	0,0	0	0,0	1	5,6	5	27,8	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0
17/7	850329	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850330	25	9	36,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	12	48,0	1	4,0	1	4,0	0	0,0	1	4,0
10/2	850331	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
10/2	850332	11	4	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
10/2	850334	21	12	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	19,0	0	0,0	2	9,5	1	4,8	2	9,5
Gesamt		**345**	**96**	**27,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**18**	**5,2**	**188**	**54,5**	**19**	**5,5**	**11**	**3,2**	**0**	**0,0**	**13**	**3,8**

4.5 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	393	123	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	198	50,4	72	18,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	186	60	32,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	123	66,1	0	0,0	3	1,6	0	0,0	0	0,0
Berlin	183	126	68,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	8,2	3	1,6	39	21,3	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	63	42	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	21	15	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	14,3	3	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	54	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	150	39	26,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	90	60,0	12	8,0	0	0,0	3	2,0	6	4,0
Mecklenburg-Vorpommern	33	6	18,2	0	0,0	0	0,0	3	9,1	15	45,5	0	0,0	3	9,1	0	0,0	6	18,2
Niedersachsen	258	120	46,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	138	53,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	261	63	24,1	0	0,0	0	0,0	21	8,0	141	54,0	0	0,0	9	3,4	0	0,0	27	10,3
Rheinland-Pfalz	18	6	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	15	3	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	105	30	28,6	0	0,0	0	0,0	6	5,7	51	48,6	0	0,0	9	8,6	0	0,0	9	8,6
Sachsen-Anhalt	57	15	26,3	0	0,0	0	0,0	6	10,5	6	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	52,6
Schleswig-Holstein	75	21	28,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	44,0	0	0,0	21	28,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	42	18	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	207	87	42,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	114	55,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,9
Gesamt	**2121**	**774**	**36,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**90**	**4,2**	**996**	**47,0**	**90**	**4,2**	**84**	**4,0**	**3**	**0,1**	**84**	**4,0**

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

5.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

5.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

Auswertungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850097	27	5,8	0	0,0	10	37,0	17	63,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850164	14	3	0	0,0	13	92,9	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850166	34	7,2	0	0,0	11	32,4	23	67,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,8
09/4	850193	11	2,3	0	0,0	5	45,5	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/5	850196	8	1,7	0	0,0	7	87,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/6	850197	15	3,2	0	0,0	5	33,3	10	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850085	21	4,5	0	0,0	8	38,1	13	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12/1	850168	16	3,4	0	0,0	6	37,5	10	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850099	16	3,4	1	6,3	8	50,0	7	43,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850081	7	1,5	0	0,0	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/1	850091	29	6,2	0	0,0	9	31,0	20	69,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4
17/2	850089	32	6,8	2	6,3	19	59,4	11	34,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850170	40	8,5	2	5,0	22	55,0	16	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,0

Auswertungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17/5	850083	10	2,1	0	0,0	3	30,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850172	22	4,7	1	4,5	13	59,1	8	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18/1	850093	25	5,3	4	16,0	9	36,0	12	48,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21/3	850087	43	9,2	0	0,0	16	37,2	27	62,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3
DEK	850095	46	9,8	1	2,2	6	13,0	39	84,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850199	11	2,3	0	0,0	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850101	34	7,2	1	2,9	12	35,3	21	61,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH	850253	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTX	850239	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850245	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX	850255	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**469**	**31,0**	**12**	**2,6**	**192**	**40,9**	**265**	**56,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**7**	**1,5**

5.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	96	20,5	0	0,0	27	5,8	69	14,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	48	10,2	0	0,0	23	4,9	25	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	9	1,9	0	0,0	0	0,0	9	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	22	4,7	0	0,0	0	0,0	22	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	29	6,2	0	0,0	8	1,7	21	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	11	2,3	0	0,0	0	0,0	11	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	35	7,5	6	1,3	0	0,0	29	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	125	26,7	0	0,0	109	23,2	16	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,5
Rheinland-Pfalz	16	3,4	0	0,0	12	2,6	4	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	19	4,1	0	0,0	0	0,0	19	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	4,1	0	0,0	0	0,0	19	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	18	3,8	6	1,3	5	1,1	7	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	7	1,5	0	0,0	4	0,9	3	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	5	1,1	0	0,0	4	0,9	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	8	1,7	0	0,0	0	0,0	8	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**469**	**100,0**	**12**	**2,6**	**192**	**41,1**	**265**	**56,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**7**	**1,5**

5.1.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850097	17	3	17,6	0	0,0	0	0,0	1	5,9	13	76,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850164	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850166	23	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	18	78,3	2	8,7	1	4,3	0	0,0	0	0,0
09/4	850193	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/5	850196	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/6	850197	10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	7	70,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850085	13	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	8	61,5	3	23,1	1	7,7	0	0,0	0	0,0
12/1	850168	10	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850099	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850081	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	33,3
17/1	850091	20	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/2	850089	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	90,9	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0
17/3	850170	16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	68,8	1	6,3	2	12,5	0	0,0	2	12,5
17/5	850083	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850172	8	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
18/1	850093	12	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	83,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21/3	850087	27	3	11,1	0	0,0	0	0,0	1	3,7	20	74,1	0	0,0	1	3,7	0	0,0	2	7,4

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEK	850095	39	5	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	84,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6
NEO	850199	5	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0
PNEU	850101	21	1	4,8	0	0,0	0	0,0	2	9,5	17	81,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
HCH	850253	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTX	850239	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850245	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX	850255	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**264**	**18**	**6,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**9**	**3,4**	**208**	**78,8**	**10**	**3,8**	**11**	**4,2**	**0**	**0,0**	**8**	**3,0**

5.1.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	69	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	59	85,5	9	13,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	25	5	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	9	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	88,9	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	22	7	31,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	63,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Bremen	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Hamburg	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	90,9	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	29	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	96,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	16	1	6,3	0	0,0	0	0,0	3	18,8	9	56,3	0	0,0	2	12,5	0	0,0	1	6,3
Rheinland-Pfalz	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	19	1	5,3	0	0,0	0	0,0	2	10,5	16	84,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	18	94,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	71,4
Schleswig-Holstein	3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**265**	**18**	**6,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**9**	**3,4**	**209**	**78,9**	**10**	**3,8**	**11**	**4,2**	**0**	**0,0**	**8**	**3,0**

5.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

5.2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

Auswertungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba-rung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850098	9	6,4	0	0,0	5	55,6	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850165	11	7,9	0	0,0	4	36,4	7	63,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850167	4	2,8	1	25,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850194	2	1,4	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/5	850195	4	2,9	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/6	850198	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850086	2	1,4	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12/1	850169	9	6,4	0	0,0	5	55,6	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850100	2	1,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850082	3	2,1	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/1	850092	25	17,9	0	0,0	11	44,0	14	56,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	2	8,0
17/2	850090	7	5	0	0,0	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850171	4	2,9	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/5	850084	8	5,7	0	0,0	5	62,5	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850173	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba-rung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18/1	850094	2	1,4	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21/3	850088	18	12,9	0	0,0	4	22,2	14	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850096	10	7,1	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	8	5,7	0	0,0	5	62,5	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850102	13	9,3	0	0,0	6	46,2	7	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH	850254	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTX	850240	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850242	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850244	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850246	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850248	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX	850256	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**144**	**29,0**	**1**	**0,7**	**59**	**41,0**	**84**	**58,3**	**0**	**0,0**	**1**	**0,7**	**0**	**0,0**	**2**	**1,4**

5.2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	24	16,7	0	0,0	0	0,0	24	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	15	10,4	0	0,0	3	2,1	12	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	5	3,5	0	0,0	0	0,0	5	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	3	2,1	0	0,0	0	0,0	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	14	9,7	0	0,0	3	2,1	11	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	3	2,1	0	0,0	0	0,0	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	5	3,5	0	0,0	0	0,0	5	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	47	32,6	0	0,0	44	30,6	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Rheinland-Pfalz	2	1,4	0	0,0	0	0,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	7	4,9	0	0,0	0	0,0	7	4,9	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7
Sachsen-Anhalt	10	6,9	1	0,7	9	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	8	5,6	0	0,0	0	0,0	8	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**144**	**100,0**	**1**	**0,7**	**59**	**41,1**	**84**	**58,5**	**0**	**0,0**	**1**	**0,7**	**0**	**0,0**	**2**	**1,4**

5.2.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850098	4	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850165	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850167	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850194	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
09/5	850195	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/6	850198	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850086	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12/1	850169	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850100	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850082	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/1	850092	14	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/2	850090	4	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850171	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/5	850084	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850173	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18/1	850094	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
21/3	850088	14	3	21,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	64,3	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEK	850096	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
PNEU	850102	7	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	42,9	1	14,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0
HCH	850254	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTX	850240	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850242	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850244	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850246	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850248	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX	850256	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**84**	**11**	**13,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**62**	**73,8**	**5**	**6,0**	**5**	**6,0**	**0**	**0,0**	**1**	**1,2**

5.2.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	24	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	79,2	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	12	3	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	81,8	1	9,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Mecklenburg-Vorpommern	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	5	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	8	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	62,5	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**84**	**11**	**13,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**62**	**73,8**	**5**	**6,0**	**5**	**6,0**	**0**	**0,0**	**1**	**1,2**

5.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz

5.3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

		Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Auswertungsmodul	**AK-ID**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
09/1	850217	4	5,7	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850218	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850219	10	14,3	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850220	4	5,7	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/5	850221	2	2,9	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/6	850222	3	4,3	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850223	8	11,4	0	0,0	2	25,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12/1	850224	1	1,4	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850225	4	5,7	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850226	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18/1	850227	11	15,7	0	0,0	5	45,5	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21/3	850228	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850229	22	31,4	0	0,0	6	27,3	16	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH	850281	1	1,4	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**70**	**46,0**	**1**	**1,4**	**27**	**38,6**	**42**	**60,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

5.3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	4	5,7	0	0,0	0	0,0	4	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	11	15,7	0	0,0	7	10,0	4	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	4	5,7	0	0,0	0	0,0	4	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	4	5,7	0	0,0	2	2,9	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	11	15,7	0	0,0	0	0,0	11	15,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	21	30,0	0	0,0	15	21,4	6	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	5	7,1	0	0,0	0	0,0	5	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	8	11,4	0	0,0	3	4,3	5	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**70**	**100,0**	**1**	**1,4**	**27**	**38,6**	**42**	**59,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

5.3.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren

Aus-wer-tungs-modul	AK-ID	Angeforderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850217	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850218	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850219	6	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850220	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/5	850221	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/6	850222	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850223	6	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12/1	850224	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850225	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850226	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18/1	850227	6	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21/3	850228	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850229	16	11	68,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,5	0	0,0	3	18,8
HCH	850281	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**42**	**29**	**69,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**8**	**19,0**	**0**	**0,0**	**2**	**4,8**	**0**	**0,0**	**3**	**7,1**

5.3.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	4	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	4	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	4	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	11	8	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	6	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0
Rheinland-Pfalz	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	5	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**42**	**29**	**69,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**8**	**19,0**	**0**	**0,0**	**2**	**4,8**	**0**	**0,0**	**3**	**7,1**

5.4 Weitere Auffälligkeitskriterien

5.4.1 Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt

Bei den folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)
- AK-ID 850290: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)
- AK-ID 850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)
- AK-ID 850292: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)

	AK-ID 850289	AK-ID 850290	AK-ID 850291	AK-ID 850292	Gesamt
Referenzbereiche (%)	≥ 95,00	≤ 110,00	≥ 95,00	≤ 110,00	
Anzahl der betrachteten Standorte	113	113	113	113	113
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	1	7	3	14
Maßnahmen					
Hinweise	0	0	0	0	0
Stellungnahmen	3	1	7	3	14
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	3	1	7	3	14

5.4.2 Herztransplantation

Bei den folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850257: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850258: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850295: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850257	AK-ID 850258	AK-ID 850295	Gesamt
Referenzbereiche (%)	≤ 110,00	≥ 95,00	≤ 5,00	
Anzahl der betrachteten Standorte	23	23	23	23
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	2	1	4
Maßnahmen				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	1	2	1	4
Weiterführende Maßnahmen				
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0
Ergebnisse				
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	1	1
Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig. Sonstiges im Kommentar erläutert [U99]	1	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	2	0	2

5.4.3 Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation

Bei den folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850302: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850304: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850302	**AK-ID 850304**	**Gesamt**
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	
Anzahl der betrachteten Standorte	17	17	17
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1	2
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	1	1	2
Weiterführende Maßnahmen			
Anlass für Besprechungen	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0
Ergebnisse			
Korrekte Dokumentation [U30]	0	1	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	0	0
Sonstiges [S99]	1	0	1

5.4.4 Lebertransplantation

Bei den folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850263: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850264: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850265: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850301: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850263	AK-ID 850264	AK-ID 850265	AK-ID 850301	Gesamt
Referenzbereiche (%)	≥ 95,00	≥ 95,00	≥ 95,00	≤ 5,00	
Anzahl der betrachteten Standorte	24	24	24	24	24
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	2	5	2	11
Maßnahmen					
Hinweise	2	2	2	0	6
Stellungnahmen	0	0	3	2	5
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Hinweis [H20/H99]	2	2	2	0	6
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	0	1	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	0	3	1	4
Sonstiges [S90/S91/S99]	0	0	0	0	0

5.4.5 Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bei den folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850278: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850279: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850280: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850309: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850278	**AK-ID 850279**	**AK-ID 850280**	**AK-ID 850309**	**Gesamt**
Referenzbereiche (%)	≥ 95,00	≥ 95,00	≥ 95,00	≤ 5,00	
Anzahl der betrachteten Standorte	39	39	41	39	41
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	4	2	1	9
Maßnahmen					
Hinweise	1	0	1	0	2
Stellungnahmen	1	4	1	1	7
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Hinweise [H20/H99]	1	0	1	0	2
Korrekte Dokumentation [U30/U99]	0	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	1	4	1	1	7

5.4.6 Nierenlebendspende

Bei den folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850269: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850270: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850271: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850269	AK-ID 850270	AK-ID 850271	Gesamt
Referenzbereiche (%)	≥ 95,00	≥ 95,00	≥ 95,00	
Anzahl der betrachteten Standorte	38	37	40	40
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	4	6	11
Maßnahmen				
Hinweise	1	4	6	11
Stellungnahmen	0	0	0	0
Weiterführende Maßnahmen				
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0
Ergebnisse				
Hinweise [H20/H99]	1	4	6	11
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	0	0	0