



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zur Datenvalidierung 2017 (nach QSKH-RL)

Erfassungsjahr 2016

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 12. Juli 2018

Impressum

Thema:

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

Ansprechpartnerin:

Dr. J. Ostermann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

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

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung	9
1 Einleitung.....	16
2 Methodik	17
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	18
2.1.1 Durchführung	19
2.1.2 Bewertung.....	20
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	21
3 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich.....	25
3.1 Knieendoprothesenversorgung	25
3.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung	25
3.1.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren	26
3.1.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich.....	29
3.2 Ambulant erworbene Pneumonie.....	30
3.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung	30
3.2.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren	31
3.3 Nierenlebendspende.....	34
3.3.1 Umfang der Stichprobenprüfung	34
3.3.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren	34
3.3.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich.....	37
4 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	38
4.1 Herzchirurgie	40
4.1.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	40
4.1.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	40
4.1.3 Koronarchirurgie, isoliert	41
4.1.4 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	43

4.2	Transplantationen	44
4.2.1	Herztransplantation	44
4.2.2	Leberlebendspende.....	44
4.2.3	Lebertransplantation.....	45
4.2.4	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	46
4.2.5	Nierenlebendspende	47
4.2.6	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten	48
4.3	Herzschrittmacher und Defibrillatoren.....	48
4.3.1	Herzschrittmacher-Implantation.....	48
4.3.2	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	50
4.3.3	Herzschrittmacher – Aggregatwechsel	50
4.3.4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	51
4.4	Karotis-Revaskularisation.....	52
4.5	Orthopädie und Unfallchirurgie	53
4.5.1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	53
4.5.2	Hüftendoprothesenversorgung.....	54
4.5.3	Knieendoprothesenversorgung.....	54
4.6	Geburtshilfe.....	56
4.7	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	57
4.8	Mammachirurgie.....	58
4.9	Pflege: Dekubitusprophylaxe	60
4.10	Ambulant erworbene Pneumonie.....	61
5	Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	63
5.1	Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation.....	66
5.2	Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation	67
5.3	Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz	69
5.4	Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen.....	71
5.5	Direkte QS-Verfahren.....	73
5.5.1	Herzchirurgie	73
5.5.2	Transplantationen	74
5.6	Erkenntnisse zu Gründen der Unter- und Überdokumentation	78
6	Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren	80

7	Fazit und Ausblick.....	83
	Glossar.....	85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenverfahren mit Datenabgleich – EJ 2016	9
Tabelle 2: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich – EJ 2016.....	10
Tabelle 3: AKs zur Plausibilität und Vollzähligkeit.....	11
Tabelle 4 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	12
Tabelle 5: AKs zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren	12
Tabelle 6: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität	20
Tabelle 7: Knieendoprothesenversorgung: Stichprobenumfang.....	26
Tabelle 8: Knieendoprothesenversorgung: Ergebnisse	26
Tabelle 9: Ambulant erworbene Pneumonie: Stichprobenumfang für den Datenabgleich	31
Tabelle 10: Ambulant erworbene Pneumonie: Ergebnisse	32
Tabelle 11: Nierenlebenspende: Ergebnisse.....	35
Tabelle 12: Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch): AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	40
Tabelle 13: Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt): AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	40
Tabelle 14: Koronarchirurgie, isoliert: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	41
Tabelle 15: Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	43
Tabelle 16: Herztransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	44
Tabelle 17: Leberlebenspende: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	44
Tabelle 18: Lebertransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	45
Tabelle 19: Lungen- und Herz-Lungen transplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	46
Tabelle 20: Nierenlebenspende: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	47
Tabelle 21: Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	48
Tabelle 22: Herzschrittmacher-Implantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	48
Tabelle 23: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	50
Tabelle 24: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	50
Tabelle 25: Implantierbare Defibrillatoren – Implantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	51
Tabelle 26: Karotis-Revaskularisation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	52
Tabelle 27: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	53
Tabelle 28: Hüftendoprothesenversorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	54
Tabelle 29: Knieendoprothesenversorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	54
Tabelle 30: Geburtshilfe: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	56

Tabelle 31: Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	57
Tabelle 32: Mammachirurgie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	58
Tabelle 33: Pflege: Dekubitusprophylaxe: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	60
Tabelle 34: Ambulant erworbene Pneumonie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	61
Tabelle 35: Zählleistungsbereiche Unterdokumentation	72
Tabelle 36: Zählleistungsbereiche Überdokumentation.....	72
Tabelle 37: Zählleistungsbereiche – Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt: AKs zur Vollzähligkeit	73
Tabelle 38: AKs in den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren	75
Tabelle 39: Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Herztransplantation/Kunsth Herzen .	77
Tabelle 40: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs	80
Tabelle 41: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl an D50, D51, D99 und U33 Bewertungen.....	14
Abbildung 2: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL	17
Abbildung 3: A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit	39
Abbildung 4: AKs zur Vollzähligkeit	64
Abbildung 5: AK Minimaldatensatz.....	65
Abbildung 6: Wiederholte Unterdokumentation.....	66
Abbildung 7: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Unterdokumentation.....	67
Abbildung 8: Wiederholte Überdokumentation	68
Abbildung 9: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Überdokumentation	69
Abbildung 10: Wiederholte Auffälligkeit Minimaldatensatz	70
Abbildung 11: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zum Minimaldatensatz	71

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums
ASA	American Society of Anesthesiologists
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KIS	Krankenhausinformationssystem
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
MDS	Minimaldatensatz
QI	Qualitätsindikator
QIDB	Qualitätsindikatorendatenbank
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
SGB	Sozialgesetzbuch
UA QS	Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der im Jahr 2017 durchgeführten Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2016 für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung dargestellt. Im Rahmen des ersten Teils der Datenvalidierung, der Statistischen Basisprüfung, wurde die Validität der übermittelten QS-Daten statistisch und bei Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern überprüft. Dabei wurden die Ergebnisse von insgesamt 153 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit analysiert und bewertet. Im Zuge des zweiten Teils, der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich, wurde in den drei ausgewählten QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*, *Ambulant erworbene Pneumonie* und *Nierenlebendspende* bei einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und Fällen die Übereinstimmung der übermittelten QS-Daten mit den Angaben in den Patientenakten vor Ort geprüft. Für das Erfassungsjahr 2016 wurden erstmals für die Berechnung der Übereinstimmungsraten zwei Modelle verwendet. Zum einen wurden – wie in den Jahren zuvor – bei der Berechnung der Übereinstimmungsraten Fälle, bei denen die Information aus der QS-Dokumentation nicht in der Patientenakte gefunden wurde („nicht ersichtlich aus der Patientenakte“), aus der Grundgesamtheit herausgerechnet („Standard“). Da dieses Vorgehen die Ergebnisse der Übereinstimmungsraten verzerren kann (Krankenhausstandorte, die ein Datenfeld konsequent nicht in der Patientenakte aufführen, würden nicht als Abweichung zählen), wurde beschlossen, die Übereinstimmungsrate auch über alle Krankenhausstandorte zu berechnen („Neu“).

Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wurden für die beiden ausgewählten indirekten Verfahren jeweils 5 % der datenliefernden Krankenhausstandorte pro Bundesland, beim ausgewählten direkten Verfahren 5 % der datenliefernden Krankenhausstandorte bundesweit ausgewählt (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Stichprobenverfahren mit Datenabgleich – EJ 2016

QS-Verfahren	Anzahl geprüfter Standorte	Anzahl geprüfter Fälle	Geprüfte Datenfelder pro Fall
Knieendoprothesenversorgung	62	1.224	46
Ambulant erworbene Pneumonie	76	1.440	25
Nierenlebendspende	4	47	17

In den geprüften Krankenhäusern konnten Fehldokumentationen sowohl zu Gunsten als auch zuungunsten der Einrichtungen festgestellt werden, welche die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Risikoadjustierung zum Teil beeinflussen. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten zwischen den Angaben aus der Patientenakte und der QS-Dokumentation variierten

bei einigen Datenfeldern stark. Als Konsequenz aus den Ergebnissen der Datenvalidierung wurden zum Teil Zielvereinbarungen mit Krankenhäusern abgeschlossen. Die Erkenntnisse zu Verständnisproblemen bei Datenfeldern und Verbesserungsvorschlägen für Ausfüllhinweise wurden an die zuständigen Bundesfachgruppen weitergeleitet. Die wichtigsten Ergebnisse der Zweiterfassung mit Datenabgleich sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich – EJ 2016

QS-Verfahren	Anteil der Datenfelder mit der niedrigsten Übereinstimmungsrate auf Fallebene (Anzahl/gesamt)	Mittlere Übereinstimmungsrate zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte (über alle Datenfelder auf Krankenhausstandortebene) ¹
Knieendoprothesenversorgung	Gehstrecke: Standard: 84,1 % (789/938) Neu: 64,5 % (789/1.224)	Standard: 92,1 % (Min.: 64,5 %; Max.: 100 %) Neu: 90,4 % (Min.: 64,5 %; Max.: 100 %)
	Sonstige spezifische Komplikationen*: 71,4 % (30/42)	
	Sonstige Komplikationen*: 64,5 % (49/76)	
Ambulant erworbene Pneumonie	Spontane Atemfrequenz (Entlassung): Standard: 78,5 % (899/1.145) Neu: 72,4 % (899/1.241)	Standard: 93,1 % (Min.: 71,4 %; Max.: 100 %) Neu: 91,4 % (Min.: 67,9 %; Max.: 100 %)
	Spontane Atemfrequenz (Aufnahme): Standard: 81,0 % (1.107/1.366) Neu: 77,6 % (1.107/1.427)	
	Datum des Eintrags in der Patientenakte: Standard: 71,4 % (110/154) Neu: 67,9 % (110/162)	
Nierenlebendspende	Albumin i. U.*: 86,7 % (39/45)	97,5 % (Min.: 86,7 %; Max.: 100 %)
	Körpergewicht bei Aufnahme (in kg)*: 87,2 % (41/47)	

Min. = Minimum; Max. = Maximum

¹ Die mittlere Übereinstimmungsrate zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte stellt den Durchschnitt der datenfeldbezogenen Übereinstimmungsrate dar. Das Minimum entspricht der niedrigsten, das Maximum der höchsten datenfeldbezogenen Übereinstimmungsrate.

* Bei diesem Datenfeld gab es keine Fälle, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ kodiert wurde. Somit wurde nicht zwischen „Standard“ und „Neu“ unterschieden.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2016 wiesen die 1.887 datenliefernden Krankenhausstandorte zusammen 2.571 rechnerische Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollständigkeit auf (Tabelle 3). Bei 832 rechnerischen Auffälligkeiten (32,4 %) wurden keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt, sondern lediglich Hinweise verschickt, so dass letztlich nicht beurteilt werden kann, ob Fehldokumentationen vorlagen oder nicht vorlagen.

Tabelle 3: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – alle QS-Verfahren: Ergebnisse des EJ 2016

	Anzahl	Anteil
Indikatorergebnisse	80.097	-
Rechnerische Auffälligkeiten	2.571	100 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	29	1,1 %
Hinweise	832	32,4 %
Stellungnahmen	1.710	66,5 %
Sonstiges	0	0 %
Weiterführende Maßnahmen (aufgrund von Stellungnahmen)		
Besprechungen	6	0,2 %
Begehungen	2	0,1 %
Zielvereinbarungen	41	1,6 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30)	287	11,2 %
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar (U99)	49	1,9 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40)	1.153	44,8 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	27	1,1 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar (A99)	86	3,3 %
Sonstiges (S91, S99)	108	4,2 %

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2016 gab es bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit insgesamt 1.406 rechnerische Auffälligkeiten (Tabelle 4). In knapp einem Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise verschickt, so dass nicht beurteilt werden kann, ob es sich hierbei um Dokumentationsfehler handelte.

Tabelle 4 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – alle QS-Verfahren: Ergebnisse des EJ 2016

	Anzahl	Anteil
Indikatorergebnisse	32.200	-
Rechnerische Auffälligkeiten	1.406	100 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	5	0,4 %
Hinweise	406	28,9 %
Stellungnahmen	995	70,8 %
Sonstiges	0	0 %
Weiterführende Maßnahmen (aufgrund von Stellungnahmen)		
Besprechungen	2	0,1 %
Begehungen	1	0,1 %
Zielvereinbarungen	31	2,2 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30)	234	23,5 %
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar (U99)	35	3,5 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40)	616	61,9 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	9	0,9 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar (A99)	61	6,1 %
Sonstiges (S91, S99)	40	4,0 %

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Der Anteil der bestätigten unvollzähligen Dokumentation (A40/A99) an den rechnerischen Auffälligkeiten lag zwischen 20,9 % (19/91) im AK Minimaldatensatz und 55,8 % (173/210) im AK Unterdokumentation. In durchschnittlich 36,7 % der rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zur Vollzähligkeit wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet, sondern Hinweise verschickt, sodass nicht beurteilt werden kann, ob hier tatsächlich unvollzählige Dokumentationen vorlagen (Tabelle 5).

Tabelle 5: AKs zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren: Ergebnisse des EJ 2016. Die Prozentzahlen der Tabelle beziehen sich auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten

	AK Unterdokumentation	AK Überdokumentation	AK Minimaldatensatz
Rechnerische Auffälligkeiten	310	120	91
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen	2 (0,6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Angeforderte Stellungnahmen	204 (65,8 %)	79 (65,8 %)	46 (50,5 %)
Hinweise	104 (33,5 %)	41 (34,2 %)	45 (49,5 %)
Sonstiges	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Weiterführende Maßnahmen			

	AK Unterdokumentation	AK Überdokumentation	AK Minimaldatensatz
Besprechungen	2 (0,6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Begehungen	0 (0 %)	1 (0,8 %)	0 (0 %)
Zielvereinbarungen	2 (0,6 %)	2 (1,7 %)	0 (0 %)
Einstufungen der Stellungnahmen			
Unvollständige Dokumentation bestätigt (A40, A99)	173 (55,8 %)	61 (50,8 %)	19 (20,9 %)
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	5 (1,6 %)	2 (1,7 %)	0 (0 %)
Vollständige Dokumentation bestätigt (U30, U99)	11 (3,5 %)	9 (7,5 %)	25 (27,5 %)
Sonstiges (S99, S91)	15 (4,8 %)	7 (5,8 %)	2 (2,2 %)

Ergebnisse zu den Dokumentationsproblemen bei den Qualitätsindikatoren

Im Erfassungsjahr 2016 gab es über alle Versorgungsbereiche insgesamt 12.683 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren. Zu diesen rechnerischen Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren wurden 7.607 Stellungnahmen (60,0 %) angefordert. Rechnerische Auffälligkeiten können nur mit einer Ergebniseinstufung belegt werden, wenn eine Stellungnahme des Krankenhausstandortes vorliegt. Für die Datenvalidierung sind die Ergebniseinstufungen der QI-Ergebnisse D50, D51, D99 und U33 interessant. Insgesamt 961 rechnerische Auffälligkeiten (7,6 %) wurden eingestuft mit „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ (D50, D51 oder D99). Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten bei den QI-Ergebnissen, die als qualitativ unauffällig bezüglich der Versorgungsqualität bei vereinzelt dokumentationsproblemen (U33) bewertet wurden, liegt bei 7,6 % (962 von insgesamt 12.683 rechnerischen Auffälligkeiten; Abbildung 1). Nimmt man beide Werte zusammen, so wurde im Stellungnahmeverfahren bei 15,2 % der QI-Auffälligkeiten eine auffällige Dokumentation konstatiert, grob gerundet also bei jeder siebten.

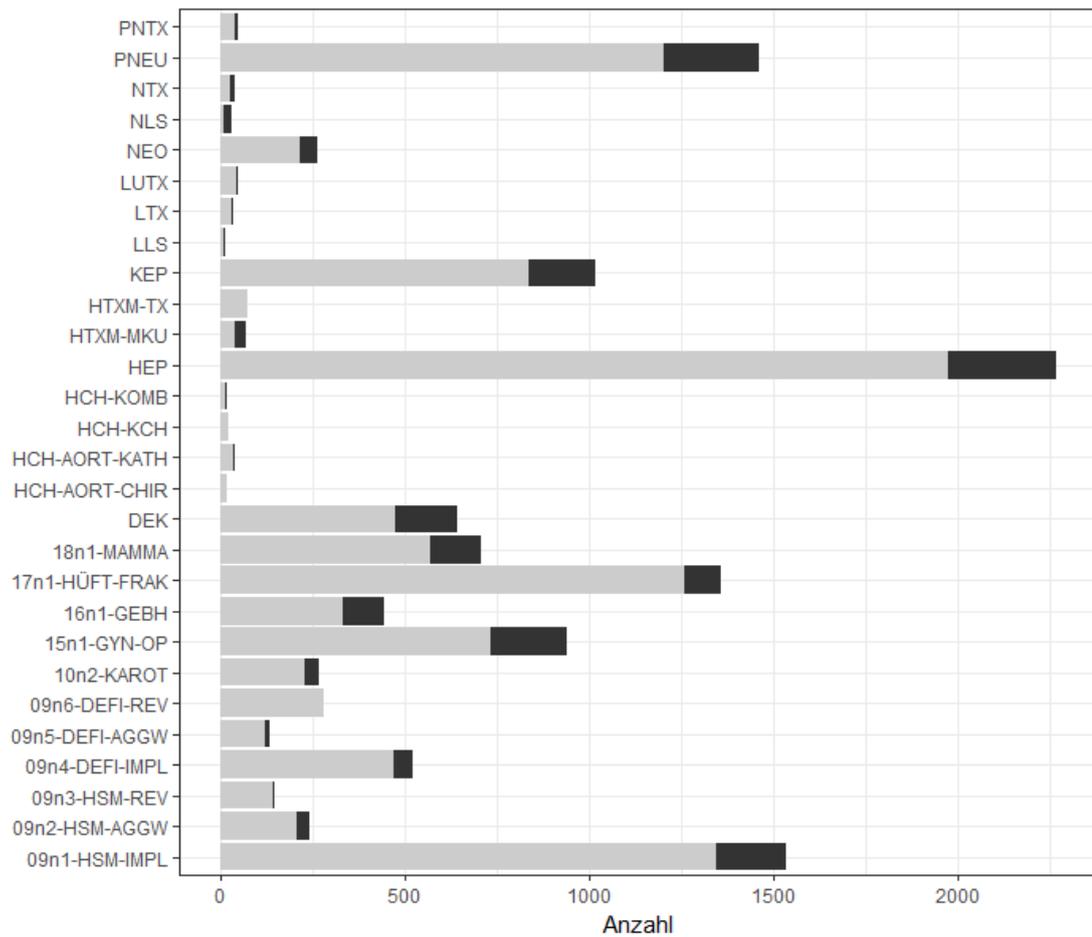


Abbildung 1: Anzahl an D50, D51, D99 und U33 Bewertungen (schwarz) bezogen auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten (grau und schwarz) je QS-Verfahren (EJ 2016)

Fazit und Ausblick

Fehler in der QS-Dokumentation werden primär über Auffälligkeitskriterien der Dokumentationsqualität identifiziert und ggf. im Strukturierten Dialog analysiert. Aber auch im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren können Dokumentationsmängel identifiziert werden.

Im Hinblick auf die Maßnahmen und Bewertungen im Strukturierten Dialog zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit schwankt beispielsweise der Anteil angeforderter Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten zwischen minimal 37,5 % und maximal 100,0 %. Bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit liegt die Spanne zwischen 11,8 % und 100,0 %. Die Anzahl bestätigter Fehldokumentationen bei den Auffälligkeitskriterien und die Anzahl nicht in Bezug auf die Versorgungsqualität bewertbarer rechnerischer Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren zeigen, dass weiterhin eine kritische Validierung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung erforderlich ist und diese zukünftig umfassender, gezielter und konsequenter durchgeführt werden sollte. Aktuell wird vom IQTIG im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Konzept zur Weiterentwicklung des Datenvalidierungsverfahrens nach QSKH-RL erarbeitet. Zudem wird zurzeit für die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der

Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, Qesü-RL) ein Datenvalidierungsverfahren entwickelt. Dieses Datenvalidierungsverfahren soll neben der fallbezogenen QS-Dokumentation insbesondere auch für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie für die Sozialdaten bei den Krankenkassen angewendet werden können.

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht über die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) bezieht sich auf die QS-Daten des Erfassungsjahres 2016. Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich dazu fanden im Jahr 2017 statt.

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Datenvalidität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert (vgl. § 9 QSKH-RL). Die QS-Daten wurden auf Plausibilität und Vollständigkeit in allen QS-Verfahren überprüft, in denen dazu Auffälligkeitskriterien definiert sind. Die gelieferten Datensätze aller QS-Verfahren wurden des Weiteren im Hinblick auf ihre Vollzähligkeit überprüft. Im vorliegenden Bericht wird die Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien und bestätigten Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität im Längsschnitt über drei Jahre ausgewertet. Dabei wird insbesondere betrachtet, welche Krankenhausstandorte wiederholt rechnerisch auffällig waren und/oder wiederholt Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog bestätigten.

Im Jahr 2017 fand eine umfassende Datenvalidierung in den QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*, *Ambulant erworbene Pneumonie* und *Nierenlebendspende* statt. In diesen drei QS-Verfahren wurde anhand einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und Fällen ein Datenabgleich zwischen den Angaben aus der QS-Dokumentation und den Angaben aus den Patientenakten durchgeführt. Bei der Auswahl der Datenfelder gilt, dass mindestens alle Datenfelder abzugleichen sind, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren des jeweiligen Verfahrens eingehen (§ 9 Abs. 4 Satz 4 QSKH-RL).

Eine detaillierte Ergebnisdarstellung zu den einzelnen Kapiteln findet sich in einem separaten Anhang zum vorliegenden Bericht.

2 Methodik

Das jährlich stattfindende Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL dient dazu, die Validität der QS-Daten einzuschätzen, die Krankenhausstandorte für die Notwendigkeit einer korrekten, vollständigen und vollzähligen Dokumentation zu sensibilisieren und zu schulen sowie Erkenntnisse für Verbesserungen der Spezifikation zu sammeln (z. B. Präzisierung der Ausfüllhinweise, Gestaltung von Datenfeldern, Präzisierung des QS-Filters). Dabei werden die von den Krankenhausstandorten gelieferten Daten auf die Aspekte Vollzähligkeit, Plausibilität und Vollständigkeit sowie inhaltliche Richtigkeit geprüft.

Im Folgenden wird die aktuelle Methodik des Datenvalidierungsverfahrens dargestellt. Das Verfahren besteht aus zwei Elementen, die sich in ihrer primären Zielsetzung unterscheiden. Abbildung 2 veranschaulicht die beiden Bausteine „Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ und „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“, die anschließend erläutert werden.

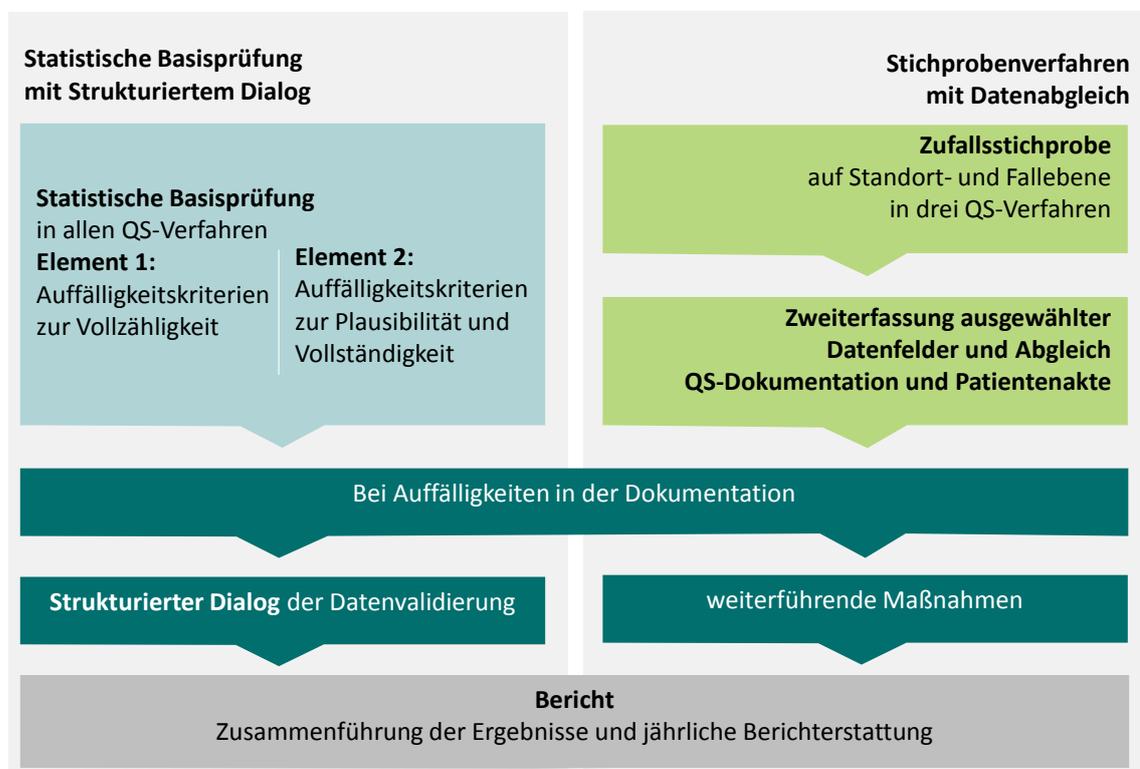


Abbildung 2: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL (Stand EJ 2016)

Datenprüfung bei Datenerfassung und -annahme

Die Spezifikationen zur Datenerfassung und -übermittlung für die externe Qualitätssicherung beinhalten Prüfungen zur Vollständigkeit der Datensätze und zur Plausibilität der Daten. Die Erfassungssoftware muss entsprechend der Spezifikationsvorgaben so konfiguriert sein, dass fehlende Werte bei verpflichtend auszufüllenden Datenfeldern (Muss-Feld) bei der Dateneingabe vor Ort beim Leistungserbringer nicht akzeptiert werden. Ein Datensatz kann erst bei Vollstän-

digkeit abgeschlossen und an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Außerdem beinhalten die Spezifikationen Plausibilitätsprüfungen zu nicht zulässigen Werteeingaben (datenfeldbezogen) und nicht plausiblen Kombinationen von Werten (datenfeldübergreifend). Bei der Datenannahme durch die zuständigen Datenannahmestellen wird geprüft, ob die Daten in der spezifizierten Form übermittelt wurden. Zudem werden auch an dieser Stelle Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen durchgeführt. Dabei finden sowohl „weiche“ als auch „harte“ Plausibilitätsregeln Anwendung. Bei der Verletzung einer weichen Plausibilitätsregel erscheint eine Warnung, der Datenfluss wird jedoch nicht gestoppt. Wird eine harte Plausibilitätsregel verletzt, wird der Datenfluss angehalten und eine Datennachlieferung bzw. -korrektur ist erforderlich.

Das im Folgenden beschriebene „Datenvalidierungsverfahren“ findet im Rahmen der jährlichen Auswertung, und damit zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt als die Datenprüfungen bei Datenerfassung und -annahme statt. Es prüft die Daten retrospektiv.

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Methodik des Strukturierten Dialogs ist ausführlich im aktuellen „Bericht zum Strukturierten Dialog“ beschrieben.¹ Das Ziel der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ist die Identifikation und Bewertung von fehlerhaften, unvollständigen und unvollzähligen Dokumentationen in den QS-Daten. Dazu erfolgt eine statistische Analyse der angenommenen QS-Daten nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien, welche sich in zwei Gruppen unterteilen lassen: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit. Bei der Neuentwicklung und Evaluation von Auffälligkeitskriterien durch das IQTIG werden externe Expertinnen und Experten beratend hinzugezogen (Projektgruppe Datenvalidierung).

Gruppe 1: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen QS-Verfahren angewandt. Im Zuge dessen werden die Datensätze, die ein Leistungserbringer in einem QS-Verfahren geliefert hat (Ist-Bestand), den Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand) gegenübergestellt. Auf Grundlage dieses Soll-Ist-Abgleichs werden pro QS-Verfahren jeweils ein Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Referenzbereich $\geq 95\%$ pro QS-Verfahren) und ein Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Referenzbereich $\leq 110\%$ pro QS-Verfahren) berechnet. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht vor, dass eine Dokumentationsrate unter 100% künftig sanktioniert werden soll (bislang geschieht dies erst bei einer Dokumentationsrate von unter 95%), wie es im Versorgungsbereich Transplantationsmedizin bereits der Fall ist. Der G-BA hat daher in § 24 QSKH-RL Regelungen zum Umgang mit Unterdokumentation festgelegt, die ab dem Erfassungsjahr 2018 für die Krankenhäuser unmittelbar verpflichtend sind. Zur Prüfung des Anteils der Minimaldatensätze unter den zu dokumentierenden Fällen wird zusätzlich in allen QS-Verfahren ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (AK MDS) eingesetzt; ausgenommen hiervon sind das QS-Verfahren *Neonatologie* sowie die transplantationsmedizinischen QS-Verfahren. Ab dem Erfassungsjahr (EJ) 2016 gibt es auch im Versorgungs-

¹ <https://iqtig.org/berichte/strukturierter-dialog/>

bereich Orthopädie und Unfallchirurgie Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz. Ein Minimaldatensatz kann im Ausnahmefall angelegt werden, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig ausgelöst wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist. Minimaldatensätze können nicht zur Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden, da hier nur sehr wenige Angaben zu einem Fall dokumentiert werden. Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden Follow-up-Daten erhoben werden, wurden für diese QS-Verfahren weitere Auffälligkeitskriterien eingeführt, die die Dokumentationsrate sowie die Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus untersuchen.

Gruppe 2: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die Validierung einzelner Datenfelder der QS-Dokumentation. Bei der Plausibilitätsprüfung werden unplausible Werteverteilungen (datenfeldbezogen) und Wertekombinationen (datenfeldübergreifend) innerhalb der gelieferten Daten betrachtet. Der Aspekt der Vollständigkeit bezieht sich auf fehlende/unbekannte Angaben in einem einzelnen Datensatz (Behandlungsfall). Jedes Jahr wird ein Set neuer Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität entwickelt. Auffälligkeitskriterien, die sich im Jahr ihrer Erstanwendung bewährt haben, kommen seit dem Erfassungsjahr 2010 im Rahmen der Statistischen Basisprüfung kontinuierlich auch in den Folgejahren zur Anwendung. Dadurch ist eine Analyse von rechnerischen Auffälligkeiten und bestätigten Fehldokumentationen im Längsschnitt über mehrere Jahre möglich.

2.1.1 Durchführung

Auffälligkeitskriterien bestehen aus einem Nenner (Grundgesamtheit) und Zähler (Auffälligkeitsmerkmal) und weisen einen Referenzbereich auf. Der Referenzbereich kann sich auf den Quotienten aus Zähler und Nenner oder die Anzahl im Zähler beziehen. Zudem können Mindestfallzahlen für Nenner und Zähler definiert werden. Leistungserbringer, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, gelten als rechnerisch auffällig in Bezug auf die Datenvalidität, d. h. es wird eine fehlerhafte, unvollständige oder unvollzählige Dokumentation vermutet. Für diese Leistungserbringer wird ein Strukturierter Dialog eingeleitet, um zu prüfen, ob tatsächlich Dokumentationsprobleme vorliegen. Dazu bestehen die folgenden Möglichkeiten:

1. Einholen einer Stellungnahme vom jeweiligen Leistungserbringer, in der die Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt werden sollen (fehlerhafte/unvollzählige oder korrekte/vollzählige Dokumentation) und in der dieser darlegen soll, welche Optimierungsmaßnahmen ggf. eingeleitet wurden bzw. noch eingeleitet werden sollen (vgl. § 11 QSKH-RL). Als weiterführende Maßnahmen können auch Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen werden (vgl. § 12 QSKH-RL).
2. Versenden eines Hinweises an den Krankenhausstandort, der diesen auf die rechnerische Auffälligkeit aufmerksam macht, ohne eine Erläuterung anzufordern (vgl. § 11 QSKH-RL). Daher ist in solchen Fällen dann keine Bewertung der Auffälligkeit mehr möglich, die rechnerisch auffällige Sachlage bleibt ungeklärt.
3. Keine Maßnahme: In begründeten Ausnahmefällen kann von einer Maßnahme abgesehen werden

4. Sonstiges: Es wurden abweichende Maßnahmen eingeleitet, welche im Kommentar erläutert werden müssen.

In der Regel sollte bei einer rechnerischen Auffälligkeit in Bezug auf die Dokumentationsqualität eine schriftliche Stellungnahme von dem betreffenden Leistungserbringer angefordert werden. In dieser wird der Leistungserbringer darum gebeten, die Dokumentation der auffälligen Fälle zu überprüfen und das Ergebnis der Überprüfung der zuständigen LQS bzw. dem IQTIG schriftlich mitzuteilen. Zu diesem Zweck wird allen auffälligen Leistungserbringern – sofern möglich – eine Liste mit den auffälligen Fällen übermittelt, bei denen eine fehlerhafte Dokumentation vermutet wird. Der Leistungserbringer hat für die entsprechenden Datenfelder (z. B. anhand der Angaben in der Patientenakte) die Korrektheit der Dokumentation selbst zu überprüfen und das Resultat zurückzumelden. Schließlich werden die Leistungserbringer im Rahmen des Anschreibens auch darum gebeten, bei Mängeln in der Dokumentation eigene Vorschläge zur Optimierung der Dokumentation zu machen bzw. die Maßnahmen zu benennen, die sie bereits eingeleitet haben. Das Antwortschreiben der Leistungserbringer wird den zuständigen Fachgruppen auf Bundes- oder Landesebene zur Diskussion und Bewertung vorgelegt. Wenn die Erläuterungen zu den rechnerischen Auffälligkeiten für die Fachexperten nachvollziehbar und schlüssig sind, werden die Leistungserbringer darüber informiert und der Strukturierte Dialog ist abgeschlossen. Falls ein Antwortschreiben jedoch Fragen offenlässt bzw. weiterer Klärungsbedarf besteht, so wird im derzeitigen Verfahren der jeweilige Leistungserbringer um eine Präzisierung gebeten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines persönlichen kollegialen Gesprächs mit der zuständigen Fachgruppe, einer Vereinbarung von konkreten Zielen oder einer Begehung der entsprechenden Einrichtung.

2.1.2 Bewertung

Für die Berichterstattung über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung (Auffälligkeitskriterien) ist es erforderlich, dass die Antworten der Leistungserbringer von den LQS bzw. dem IQTIG bewertet werden. Die folgende Tabelle 6 beinhaltet die Bewertungskategorien, die im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern zu den Auffälligkeitskriterien zur Anwendung kommen.

Tabelle 6: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Beschreibung
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Beschreibung
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte/unvollständige Dokumentation wird bestätigt
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Das Ziel des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich besteht darin, quantitative Aussagen bezüglich der Datenvalidität zu treffen. Das Verfahren soll die Dokumentationsqualität innerhalb eines QS-Verfahrens bewerten. Dazu werden verschiedene Datenfelder der QS-Dokumentation ausgewählt, für die anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung mit anschließendem Datenabgleich erfolgen soll. Dabei werden insbesondere Datenfelder geprüft, die für die Berechnung von Qualitätsindikatoren bzw. die Risikoadjustierung von Bedeutung sind oder bei denen sich im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren Dokumentationsprobleme gezeigt haben oder solche vermutet werden.

Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (vgl. § 9 Abs. 3 QSKH-RL) findet jährlich in drei bis vier ausgewählten QS-Verfahren statt. Bei der Auswahl der Verfahren werden Kriterien herangezogen, die beispielsweise berücksichtigen, ob sich ein hoher Anteil an Dokumentationsproblemen bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres gezeigt hat, ob ein QS-Verfahren noch nie umfassend validiert wurde oder ob eines der QS-Verfahren Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aufweist. Stehen größere Umstrukturierungen in einem QS-Verfahren an, so ist eine umfassende Datenvalidierung weniger sinnvoll. Bei der jährlichen Auswahl der QS-Verfahren für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sowie die Auswahl der zu prüfenden Datenfelder durch das IQTIG werden externe Expertinnen und Experten in einer Projektgruppe Datenvalidierung beratend hinzugezogen. Die Projektgruppe Datenvalidierung setzt sich aus Expertinnen und Experten aus dem Bereich Dokumentationsqualität der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der

Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern zusammen.

Für den Datenabgleich in den indirekten QS-Verfahren werden zunächst pro Bundesland und pro QS-Verfahren jeweils 5 % der Krankenhausstandorte ausgewählt, die die zu überprüfenden medizinischen Leistungen anbieten und entsprechende Daten geliefert haben. Bei den direkten Verfahren sind in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich bundesweit mindestens 5 % der Krankenhausstandorte mit Beteiligung an den ausgewählten direkten Verfahren einzuschließen. Bezogen auf die von allen Krankenhausstandorten in dem ausgewählten QS-Verfahren dokumentierten Fälle sind hierbei je QS-Verfahren mindestens 4 Standorte und mindestens 40 Fälle in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Anschließend werden sowohl bei den direkten als auch bei den indirekten QS-Verfahren für jeden der zufällig ausgewählten Krankenhausstandorte bis zu 20 Behandlungsfälle ebenfalls über ein automatisiertes Verfahren zufällig ausgewählt, bei denen anhand der Patientenakte die Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder mit Datenabgleich erfolgt. Je nach QS-Verfahren (direkt oder indirekt) wird die Zweiterfassung in den Krankenhausstandorten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der LQS bzw. des IQTIG durchgeführt. Künftig soll bei Krankenhausstandorten, bei denen keine Direkteinsicht in die Patientenakten zur Datenvalidierung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LQS bzw. des IQTIG möglich ist, der MDK beauftragt werden. Um die Zweiterfassung in allen Krankenhäusern möglichst einheitlich zu gestalten, wird vom IQTIG eine Software zur Erfassung und Auswertung der Daten zur Verfügung gestellt. Die Software ermöglicht, dass die Auswertung der Ergebnisse direkt im Anschluss an die Zweiterfassung erfolgt und gleich an die Krankenhäuser kommuniziert werden kann. Die Mitteilung der Ergebnisse geschieht i. d. R. noch vor Ort in Form eines ausführlichen Gesprächs, in dem die Ergebnisse und etwaige Probleme in der QS-Dokumentation mit dem Krankenhauspersonal besprochen werden. Die Erkenntnisse aus diesen Gesprächen werden im Anschluss den Fachgruppen auf Bundes- und Landesebene vorgestellt und von diesen bewertet. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus dem Gespräch und der Bewertung durch die Fachgruppen auf Bundes- und Landesebene kann bei Krankenhäusern, bei denen starke und für die Berechnung der Qualitätsindikatoren relevante Abweichungen zwischen den Angaben aus der QS-Dokumentation und der Patientenakte bestehen, ebenfalls ein Strukturierter Dialog zur Datenvalidität eingeleitet werden.

Um quantitative Aussagen bezüglich der Datenvalidität eines QS-Verfahrens treffen zu können werden die Daten aller Fälle, für die eine Zweiterfassung erfolgt ist, zusammengeführt und mit den entsprechenden Angaben der QS-Dokumentation des Bundesdatenpools verglichen. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der geprüften Datenfelder hinsichtlich Ausprägungen/Antwortkategorien und Einfluss auf die Qualitätsindikatoren erfolgt die Bewertung der Datenvalidität für jedes Datenfeld separat. Nähere Informationen sowie die Darstellung der Auswertung anhand eines Beispiels können dem Anhang zu diesem Bericht entnommen werden.

Bewertung der Datenvalidität

Um die Dokumentationsqualität der Angaben in einzelnen Datenfeldern zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen herangezogen werden. Dabei wird die Patientenakte als Referenzquelle verwendet. Diese medizinische Primärdokumentation

stellt somit den „Goldstandard“ dar, d. h. es wird davon ausgegangen, dass die dort enthaltenen Informationen die tatsächliche Versorgungsrealität widerspiegeln.

Eine erste Kennzahl, die sich zur Bewertung der Datenvalidität anbietet und die unabhängig von der Anzahl an Antwortkategorien eines Datenfelds berechnet werden kann, ist die Übereinstimmungsrate zwischen den Angaben in der Patientenakte und den Angaben der QS-Dokumentation. Je höher die Übereinstimmungsrate für ein Datenfeld ist, desto besser ist die Datenvalidität.

Ein wesentlicher Nachteil der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität besteht in der Abhängigkeit von der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Ereignisses (Prävalenz). Das heißt, je häufiger ein bestimmtes Ereignis auftritt, desto wahrscheinlicher ist es, dass es in der QS-Dokumentation zufällig korrekt dokumentiert ist. Aussagekräftigere Bewertungen hinsichtlich der Datenvalidität lassen sich durch die Verwendung der Kennzahlen zur Sensitivität und zur Spezifität erzielen, wobei diese nur für binäre Merkmale/Datenfelder berechnet werden.

Sensitivität: Anteil der Fälle, bei denen sowohl in der QS-Dokumentation als auch in der Patientenakte eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in den Patientenakten diese Information dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent. Die Sensitivität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) in der QS dokumentiert wurde, gegeben dass diese Information in der Patientenakte dokumentiert wurde (Maß für die Unterdokumentation in der QS-Dokumentation).

Spezifität: Anteil der Fälle, bei denen weder in der QS-Dokumentation noch in der Patientenakte eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in den Patientenakten diese Information nicht dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent. Die Spezifität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) nicht in der QS dokumentiert wurde, gegeben dass diese Information nicht in der Patientenakte dokumentiert wurde (Maß für die Überdokumentation in der QS-Dokumentation).

Bei der Bewertung der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich ist zu unterscheiden zwischen der Ebene des geprüften QS-Verfahrens (verfahrensbezogene Bewertung der Datenvalidität und des Handlungsbedarfs) und der Ebene der geprüften Krankenhausstandorte (leistungserbringerbezogene Bewertung der Dokumentationsqualität und des Handlungsbedarfs). Zur Bewertung der Datenvalidität reicht die Übereinstimmungsrate zwischen Dokumentation und Patientenakte alleine nicht aus, es müssen weitere Informationen hinzugezogen werden:

Verfahrensbezogene Bewertung der Datenvalidität und des Handlungsbedarfs

- Anzahl/Anteil der Krankenhausstandorte mit Abweichungen
- Relevanz der Abweichungen für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und Risikoadjustierung (Unter-, Über-, Fehldokumentation)

- Gründe der Dokumentationsmängel: durch Maßnahmen der Verfahrenspflege (z. B. Einführung/Änderung der Ausfüllhinweise, Einführung von Plausibilitätsregeln, Präzisierung der Datenfelder, Vereinfachung der Struktur des Erfassungsbogens) zu verbessernde/beeinflussbare Dokumentationsprobleme?

Leistungserbringerbezogene Bewertung der Dokumentationsqualität und des Handlungsbedarfs

- Anzahl/Anteil der Datenfelder mit Abweichungen
- Art und Auswirkung der Abweichungen auf die rechnerischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Risikoadjustierung (Unter-, Über-, Fehldokumentation)
- Gründe der Dokumentationsmängel: durch Maßnahmen des internen Struktur- und Prozessmanagements der Leistungserbringer zu verbessernde/beeinflussbare Dokumentationsprobleme?
- Datenmanipulation oder versehentliche Dokumentationsfehler (sofern dies zu beurteilen ist)

3 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Für das Erfassungsjahr 2016 hat der G-BA eine umfassende Datenvalidierung der QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*, *Ambulant erworbene Pneumonie* und *Nierenlebendspende* mit Durchführung eines Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich beschlossen. Erstmals wurden dieses Jahr für die Berechnung der Übereinstimmungsraten zwei Modelle gerechnet. Zum einen wurden – wie in den Jahren zuvor – bei der Berechnung der Übereinstimmungsraten Fälle, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ angegeben wurde aus der Grundgesamtheit herausgerechnet („Standard“). Da dieses Vorgehen die Ergebnisse der Übereinstimmungsraten verzerren kann (Krankenhausstandorte, die ein Datenfeld konsequent nicht in der Patientenakte aufführen, würden nicht als Abweichung zählen) wurde beschlossen, die Übereinstimmungsrate auch über alle Krankenhausstandorte zu berechnen („Neu“). Da die Grundgesamtheit im neuen Modell durch nicht ersichtliche Fälle in Bezug auf das Standard Modell erhöht sein kann, kann in diesem Fall die Übereinstimmungsrate im Modell „Neu“ geringer ausfallen. Die Ergebnisse sind im Folgenden für die drei QS-Verfahren separat dargestellt.

3.1 Knieendoprothesenversorgung

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und Fälle für den Datenabgleich zu den Daten des Erfassungsjahres 2016 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* QS-Daten für das Erfassungsjahr 2016 geliefert haben, als geschichtete Stichprobe zufällig ausgewählt. Ausgeschlossen wurden nach Vorgabe der QSKH-RL Krankenhausstandorte mit weniger als vier Fällen. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben und mit der QS-Dokumentation abgeglichen. Bei der Ziehung der Fälle je Standort wurde eine zufällige Auswahl getroffen.

Es wurden insgesamt 46 Datenfelder des Erfassungsbogens Knieendoprothesenversorgung im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geprüft.

3.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 62 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 1.224 Fallakten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Es musste bundesweit nur auf einen einzigen Reservefall für den Datenabgleich zurückgegriffen werden. Tabelle 7 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und geprüften Fälle je Bundesland dar, welche dem Stichprobenverfahren unterworfen wurden.

Tabelle 7: Knieendoprothesenversorgung: Stichprobenumfang für den Datenabgleich

Bundesland	besuchte Krankenhausstandorte	geprüfte Fälle
Baden-Württemberg	7	140
Bayern	10	200
Berlin	1	20
Brandenburg	2	40
Bremen	1	20
Hamburg	1	20
Hessen	5	84
Mecklenburg-Vorpommern	2	40
Niedersachsen	6	120
Nordrhein-Westfalen	13	260
Rheinland-Pfalz	4	80
Saarland	1	20
Sachsen-Anhalt	3	60
Sachsen	2	40
Schleswig-Holstein	2	40
Thüringen	2	40
Gesamt	62	1.224

3.1.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren

Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 92,1 % (Neu: 90,4 %) (Tabelle 8).

Tabelle 8: Knieendoprothesenversorgung: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 11) Geschlecht	Standard: 100 % (1224/1224) Neu: 100 % (1224/1224)
(DF 12) Gehstrecke	Standard: 84,1 % (789/938) Neu: 64,5 % (789/1224)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 13) Gehhilfen	Standard: 86,4 % (898/1039) Neu: 73,4 % (898/1224)
(DF 15) zu operierende Seite **	98,9 % (1210/1224)
(DF 18) Einstufung nach ASA-Klassifikation	Standard: 84,6 % (1024/1210) Neu: 83,7 % (1024/1224)
(DF 19) Wundkontaminationsklassen	Standard: 96,9 % (1179/1217) Neu: 96,3 % (1179/1224)
(DF 20) Art des Eingriffs **	98,3 % (1203/1224)
(DF 27) Schmerzen (Erstimplantation)	Standard: 79,2 % (561/708) Neu: 73,0 % (561/768)
(DF 34) Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor?	Standard: 98,0 % (746/761) Neu: 97,1 % (746/768)
(DF 37) Schmerzen (Wechsel)	Standard: 82,1 % (354/431) Neu: 77,6 % (354/456)
(DF 38) positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	Standard: 90,5 % (409/452) Neu: 89,7 % (409/456)
(DF 39) mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation	Standard: 79,7 % (353/443) Neu: 77,4 % (353/456)
(DF 41) Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?	Standard: 92,0 % (414/450) Neu: 90,8 % (414/456)
(DF 60) Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?	Standard: 98,3 % (1202/1223) Neu: 98,2 % (1202/1224)
(DF 61) primäre Implantatfehlage*/**	100 % (42/42)
(DF 62) sekundäre Implantatdislokation*/**	100 % (42/42)
(DF 63) postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes*/**	100 % (42/42)
(DF 64) Patellafehlstellung*/**	97,6 % (41/42)
(DF 65) OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung*/**	81,0 % (34/42)
(DF 66) OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion*/**	100 % (42/42)
(DF 67) bei Entlassung persistierender, motorischer Nerven-schaden*/**	100 % (42/42)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 68) periprothetische Fraktur*/**	95,2 % (40/42)
(DF 69) postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition)*/**	100 % (42/42)
(DF 70) reoperationspflichtige Wunddehiszenz*/**	97,6 % (41/42)
(DF 71) reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder*/**	97,6 % (41/42)
(DF 72) postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes*/**	97,6 % (41/42)
(DF 73) Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae*/**	100 % (42/42)
(DF 75) sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen*/**	71,4 % (30/42)
(DF 76) ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen*/**	88,1 % (37/42)
(DF 78) Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?/**	Standard: 95,1 % (1164/1224) Neu: 95,1 % (1164/1224)
(DF 79) Pneumonie*/**	Standard: 89,5 % (68/76) Neu: 89,5 % (68/76)
(DF 80) behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen*/**	86,8 % (66/76)
(DF 81) tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose*/**	93,4 % (71/76)
(DF 82) Lungenembolie*/**	97,4 % (74/76)
(DF 83) postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion*/**	92,1 % (70/76)
(DF 84) sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen*/**	64,5 % (49/76)
(DF 85) Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt	Standard: 96,8 % (1158/1196) Neu: 94,6 % (1158/1224)
(DF 87) Extension/Flexion 2 bei Entlassung*	Standard: 94,5 % (1077/1140) Neu: 89,9 % (1077/1199)
(DF 88) Extension/Flexion 3 bei Entlassung*	Standard: 76,3 % (883/1157) Neu: 73,6 % (883/1199)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 89) Gehstrecke bei Entlassung	Standard: 77,1 % (895/1161) Neu: 73,5 % (895/1218)
(DF 90) Gehhilfen bei Entlassung	Standard: 95,6 % (1121/1172) Neu: 92,0 % (1121/1218)
(DF 92) Entlassungsgrund **	100 % (1224/1224)

* Abhängige Kann-Felder. Diese Datenfelder müssen nur unter Erfüllung bestimmter Bedingungen ausgefüllt werden. Dementsprechend kann die Grundgesamtheit der Fälle geringer ausfallen als bei den anderen Datenfeldern.

** Bei diesem Datenfeld gab es keine Fälle, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ kodiert wurde. Somit wurde nicht zwischen „Standard“ und „Neu“ unterschieden.

Die folgenden Datenfelder wiesen sowohl nach der Standardberechnung als auch nach der neuen Berechnung eine Übereinstimmungsrate von < 80 % auf:

- Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen
- Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen
- Gehstrecke bei Entlassung
- Extension/Flexion 3 bei Entlassung
- Schmerzen (Erstimplantation)
- Mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation

Die folgenden Datenfelder wiesen nach der neuen Berechnung eine Übereinstimmungsrate von < 80 % auf:

- Gehstrecke (präoperativ) (nur nach dem neuen Modell)
- Gehhilfen (präoperativ) (nur nach dem neuen Modell)
- Schmerzen (Wechsel)

3.1.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich

In den Krankenhausstandorten mit Abweichungen wurden gezielt Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation unter Hinzuziehung der zu beachtenden Ausfüllhinweise gegeben.

Eine LQS berichtete, dass bei dem Datenfeld ‚Gehstrecke‘ im Rahmen der Zweiterhebung die Angabe „unbegrenzt“ dokumentiert wurde, wenn in dem Anamnesebogen eine Gehstrecke von über 500 Meter angegeben wurde. Diese vorgegebene Auswahl der „unbegrenzten“ Gehstrecke im QS-Bogen sei jedoch irreführend, da niemand unbegrenzt gehen kann, sodass diese Auswahl nicht verwendet wurde. Vonseiten der Beteiligten wurde daher angeregt, das Datenfeld anzupassen, indem z. B. nach der Gehstrecke am Stück über 500 Meter gefragt wird. Für die Spezifikation 2018 wurde das Datenfeld diesbezüglich bereits angepasst.

3.2 Ambulant erworbene Pneumonie

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und der Fälle für den Datenabgleich der Daten des Erfassungsjahres 2016 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden unter Anwendung einer geschichteten Stichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* QS-Daten für das Erfassungsjahr 2016 geliefert haben, zufällig ausgesucht. Ausgeschlossen wurden richtliniengemäß Krankenhausstandorte mit weniger als vier Fällen. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben und mit der QS-Dokumentation abgeglichen.

Es wurden insgesamt 25 Datenfelder des Erfassungsbogens „Ambulant erworbene Pneumonie“ im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geprüft.

3.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 76 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 1.440 Fallakten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LQS überprüft wurden (Tabelle 9). Es musste bundesweit auf 34 Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden.

Tabelle 9: Ambulant erworbene Pneumonie: Stichprobenumfang für den Datenabgleich

Bundesland	besuchte Krankenhausstandorte	geprüfte Fälle
Baden-Württemberg	8	160
Bayern	11	208
Berlin	3	48
Brandenburg	3	60
Bremen	1	20
Hamburg	2	40
Hessen	5	98
Mecklenburg-Vorpommern	2	40
Niedersachsen	7	115
Nordrhein-Westfalen	17	311
Rheinland-Pfalz	4	80
Saarland	2	40
Sachsen-Anhalt	3	60
Sachsen	4	80
Schleswig-Holstein	2	40
Thüringen	2	40
Gesamt	76	1.440

3.2.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren

Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 93,1 % (Neu 91,4 %) (Tabelle 10).

Im Folgenden werden die Dokumentationsfehler und Auswirkungen auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die Datenfelder mit den schlechtesten Ergebnissen bzgl. der Übereinstimmungsrate sowie für die Datenfelder mit direktem Einfluss auf die Indikatoren (Zähler) näher beschrieben.

Tabelle 10: Ambulant erworbene Pneumonie: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 7) Geschlecht	Standard: 99,9 % (1433/1434) Neu: 99,5 % (1433/1440)
(DF 9) Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	Standard: 96,0 % (1374/1431) Neu: 95,4 % (1374/1440)
(DF 10) Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	Standard: 98,4 % (1410/1433) Neu: 97,9 % (1410/1440)
(DF 11) chronische Bettlägerigkeit	Standard: 94,9 % (1349/1422) Neu: 93,7 % (1349/1440)
(DF 12) bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung	Standard: 99,5 % (1427/1434) Neu: 99,1 % (1427/1440)
(DF 13) Desorientierung*	Standard: 92,0 % (1294/1406) Neu: 90,7 % (1294/1427)
(DF 15) spontane Atemfrequenz nicht bestimmt*	Standard: 89,7 % (1274/1420) Neu: 89,3 % (1274/1427)
(DF 22) Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Standard: 96,7 % (1376/1423) Neu: 95,6 % (1376/1440)
(DF 23) initiale antimikrobielle Therapie	Standard: 83,9 % (1185/1412) Neu: 82,3 % (1185/1440)
(DF 24) Beginn der Mobilisation	Standard: 85,1 % (1181/1387) Neu: 82,0 % (1181/1440)
(DF 28) maschinelle Beatmung	Standard: 97,9 % (1404/1434) Neu: 97,5 % (1404/1440)
(DF 29) Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	Standard: 96,5 % (1383/1433) Neu: 96,0 % (1383/1440)
(DF 33) Entlassungsgrund	Standard: 100 % (1434/1434) Neu: 99,6 % (1434/1440)
(DF 34) Desorientierung* (Entlassung)	Standard: 93,8 % (1144/1220) Neu: 92,2 % (1144/1241)
(DF 35) stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme* (Entlassung)	Standard: 95,8 % (1170/1221) Neu: 94,4 % (1170/1240)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 36) spontane Atemfrequenz* (Entlassung)	Standard: 78,5 % (899/1145) Neu: 72,4 % (899/1241)
(DF 37) Herzfrequenz*	Standard: 97,7 % (1203/1231) Neu: 97,0 % (1203/1240)
(DF 38) Temperatur*	Standard: 95,7 % (1178/1231) Neu: 94,9 % (1178/1241)
(DF 39) Sauerstoffsättigung*	Standard: 88,6 % (1060/1196) Neu: 85,5 % (1060/1240)
(DF 40) Blutdruck systolisch*	Standard: 97,0 % (1196/1233) Neu: 96,4 % (1196/1241)
Geburtsjahr	Standard: 99,9 % (1433/1434) Neu: 99,5 % (1433/1440)
Aufnahmequartal	Standard: 99,7 % (1428/1433) Neu: 99,2 % (1428/1440)
(DF 14) spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme)	Standard: 81,0 % (1107/1366) Neu: 77,6 % (1107/1427)
(DF 30) Datum des Eintrags in der Patientenakte*	Standard: 71,4 % (110/154) Neu: 67,9 % (110/162)
Entlassquartal	Standard: 99,5 % (1427/1434) Neu: 99,1 % (1427/1440)

* Abhängige Kann-Felder. Diese Datenfelder müssen nur unter Erfüllung bestimmter Bedingungen ausgefüllt werden. Dementsprechend kann die Grundgesamtheit der Fälle geringer ausfallen als bei den anderen Datenfeldern.

Die folgenden Datenfelder wiesen sowohl nach der Standard als auch nach der neuen Berechnung eine Übereinstimmungsrate von < 80 % auf:

- Spontane Atemfrequenz (Entlassung)
- Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme)
- Datum des Eintrags in der Patientenakte

3.3 Nierenlebenspende

3.3.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Da es sich beim QS-Verfahren *Nierenlebenspende* um ein direktes Verfahren handelt, sind gemäß § 9 Abs. 3 QSKH-RL dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich mindestens 5 % der Krankenhausstandorte in dem QS-Verfahren zu unterwerfen. Hierbei sind mindestens 4 Krankenhausstandorte und insgesamt mindestens 40 Fälle in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich einzubeziehen. Standorte mit weniger als 4 Fällen in dem betroffenen QS-Verfahren sind von der Stichprobe ausgeschlossen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte durch das IQTIG wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, 20 Fälle pro Standort bestimmt, bei denen eine Nierenlebenspende im Erfassungsjahr 2016 stattgefunden hat. Für diese wurde anhand der Patientenakte – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder und Abgleich mit den übermittelten QS-Daten durch zwei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG durchgeführt.

Es erfolgte eine Zweiterfassung von 47 Fällen aus dem Erfassungsjahr 2016, wobei die zu validierende Fallzahl pro Krankenhausstandort 6, 7, 14 und 20 betrug. Die Daten der externen Qualitätssicherung wurden mit den Daten aus der Patientenakte abgeglichen und die Übereinstimmungen wurden noch vor Ort ausgewertet. Pro Fall wurden 17 Datenfelder anhand der Angaben aus der Patientenakte zweiterfasst und mit den Angaben aus der QS-Dokumentation abgeglichen.

Die Patientenakten lagen in einem Krankenhausstandort digital vor, in einem Krankenhausstandort in Papierform und in zwei Standorten lag eine Mischform aus digitaler sowie Papierakte vor. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG hatten in einem Krankenhausstandort direkte Einsicht in die Patientenakte, in den drei anderen Krankenhausstandorten konnten die Angaben aus der QS-Dokumentation nur indirekt über Auskünfte der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter abgeglichen werden. Bei allen Fällen waren alle Informationen zu den zu überprüfenden Datenfeldern jeweils aus der Patientenakte ersichtlich.

3.3.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren

Bei dem QS-Verfahren *Nierenlebenspende* gab es keine Datenfelder, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ kodiert wurde. Somit wurde bei der Berechnung der Übereinstimmungsrate nicht zwischen „Standard“ und „Neu“ unterschieden. Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 97,5 %. Bei 6 Kann-Feldern gab es sowohl laut QS-Dokumentation als auch laut Patientenakten keine Fälle, die die Bedingungen zum Ausfüllen dieser Datenfelder erfüllten. Bei diesen Datenfeldern betrug die Übereinstimmungsrate somit jeweils 100 %. Bei den verbliebenen 9 von insgesamt 17 Datenfeldern gab es zwei mit einer Übereinstimmungsrate zwischen 90 % und 95 %, eins mit einer Übereinstimmungsrate zwischen 95 % und 100 % und bei 6 Datenfeldern stimmten QS-Dokumentation und Patientenakte zu 100 % überein.

Bezogen auf die Krankenhausstandorte gab es bei einem Krankenhausstandort 2 Abweichungen in einem Datenfeld, bei einem anderen Standort gab es insgesamt 3 Abweichungen bei 2 Datenfeldern und bei den weiteren 2 Standorten gab es insgesamt 6 bzw. 9 Abweichungen in 3 Datenfeldern.

Im Folgenden werden die Felder mit einer Übereinstimmungsrate von unter 100 % hinsichtlich des Ausmaßes und der Gründe der Abweichungen sowie deren Einfluss auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Risikoadjustierung diskutiert (Tabelle 11).

Tabelle 11: Nierenlebenspende: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 7) Geburtsdatum	100 % (47/47)
(DF 8) Geschlecht	100 % (47/47)
(DF 9) Körpergröße (in cm)	93,6 % (44/47)
(DF 10) Körpergewicht bei Aufnahme (in kg)	87,2 % (41/47)
(DF 12) Kreatininwert i.S. in mg/dl*	91,5 % (43/47)
(DF 13) Kreatininwert i.S. in µmol/l*	100 % (0/0)
(DF 14) OP-Datum	100 % (47/47)
(DF 17) behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)	100 % (47/47)
(DF 18) Blutung*	100 % (0/0)
(DF 19) Reoperation erforderlich*	100 % (0/0)
(DF 20) sonstige Komplikationen*	100 % (0/0)
(DF 21) Spender bei Entlassung dialysepflichtig?	100 % (47/47)
(DF 22) Kreatininwert i.S. in mg/dl*	97,9 % (46/47)
(DF 23) Kreatininwert i.S. in µmol/l*	100 % (0/0)
(DF 24) Albumin i. U.*	86,7 % (39/45)
(DF 25) Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.*	100 % (0/0)
(DF 29) Entlassungsgrund	100 % (47/47)

* Abhängige Kann-Felder. Diese Datenfelder müssen nur unter Erfüllung bestimmter Bedingungen ausgefüllt werden. Dementsprechend kann die Grundgesamtheit der Fälle geringer ausfallen als bei den anderen Datenfeldern.

Datenfelder Körpergröße und Körpergewicht

Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte gab es in 2 der 4 besuchten Standorte. Beim Körpergewicht lagen in 6 Fällen Abweichungen vor. Jedoch

gab es bei 4 Fällen nur sehr geringfügige Abweichungen von 1 kg. Bei einem Fall wurde in der Patientenakte ein um 5 kg höheres Gewicht als in der QS-Dokumentation dokumentiert. Bei einem Fall wurden Größe und Gewicht vertauscht, was zu einem unplausibel hohen BMI führte. Die Datenfelder Körpergröße und Körpergewicht haben jedoch aktuell keine Relevanz für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zum Indexeingriff. Es kann diskutiert werden, ob Abweichungen erst ab einem bestimmten Wert als Abweichung gezählt werden, da gerade das Körpergewicht tagesabhängig schwanken kann und es auch bei der Körpergröße leicht zu kleinen Messfehlern kommen kann.

Datenfeld Kreatinin (präoperativ)

Bei dem Datenfeld präoperativer Kreatininwert wurden in 2 Standorten bei jeweils 2 Fällen Abweichungen dokumentiert. Bei einem Fall gab es eine Abweichung von 0,4 mg/dl. Dies führte dazu, dass in der QS-Dokumentation der Kreatinin-Normwert überschritten wurde, der Kreatininwert in der Patientenakte jedoch im Normbereich lag. Bei 3 der insgesamt 4 Fälle gab es Abweichungen von 0,1 mg/dl. Diese Abweichungen wurden von den Krankenhausstandorten auf nicht korrektes Runden zurückgeführt. In der QS-Dokumentation ist der Kreatininwert mit einer Nachkommastelle anzugeben, von den Laboren wird er oft mit zwei Nachkommastellen geliefert. Es ist zu diskutieren, ob genauere Hinweise zum Runden in die Ausfüllhinweise aufgenommen werden sollten, und/oder eine Abweichung bei einem Kreatininwert von 0,1 mg/dl als Mess- oder Rundungsfehler nicht als Abweichung gezählt werden sollte. Der präoperative Kreatininwert geht als Variable in die Risikoadjustierung ein.

Datenfeld Kreatinin (postoperativ)

Bei dem Datenfeld postoperativer Kreatininwert gab es bei einem Krankenhausstandort in einem Fall eine Abweichung von 0,1 mg/dl. Diese hatte keine Auswirkungen im Sinne einer Unter- oder Überschreitung des Normbereichs für den Kreatininwert. Der postoperative Kreatininwert fließt als Variable in die Risikoadjustierung ein.

Datenfeld Albumin (postoperativ)

Der Albuminwert geht nur in die Berechnung der Follow-up-Qualitätsindikatoren zum Vorhandensein einer Albuminurie der Spenderin oder des Spenders ein; bei den hier zweiterfassten Basisbögen zum Indexeingriff besteht keine QI-Relevanz. Es wurden bei 2 Standorten in insgesamt 6 Fällen Abweichungen beim Albuminwert festgestellt. Bei einem Fall in einem Standort wurde eine Abweichung von 89 mg/l festgestellt. In 5 Fällen des anderen Standorts wurden in der QS-Dokumentation zwar Werte eingetragen, in den Patientenakten konnten jedoch keine Werte gefunden werden. In Gesprächen mit den Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern zeigte sich, dass vom Labor kein spezifischer Wert übermittelt wurde, sondern nur ein Schnelltest auf Albuminurie durchgeführt wurde; bei negativem Befund wurde „30“ in der QS-Dokumentation eingetragen. Zudem wurde von zwei Laboren kein spezifischer Albuminwert an die Krankenhäuser gemeldet, sondern es wurde nur unterschieden, ob eine Albuminurie vorlag oder nicht. Die Labore hatten individuelle Schwellenwerte (10 mg/l bzw. 11 mg/l) festgelegt und lediglich an die Krankenhäuser zurückgemeldet, ob der Wert einer Patientin oder eines Patienten unter- oder oberhalb dieses Wertes lag anstatt den exakten Wert anzugeben. Zum Teil wurden die Schwellenwerte von einem zum anderen Jahr von den Laboren geändert. Im Anschluss

an die Auswertung der Zweiterfassung wurde das Datenfeld in der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2019 geändert. Nur bei Vorliegen einer Albuminurie, d. h. bei Überschreiten des Grenzwerts für eine Albuminurie muss in der QS-Dokumentation ein genauer Wert eingegeben werden. Als Grenzwert für eine Albuminurie wurde der von den Krankenhäusern dokumentierte maximal untere Grenzwert von 30mg/l festgelegt.

3.3.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich

Die Ergebnisse der Zweiterfassung mit Datenabgleich wurden noch vor Ort ausgewertet und mit den zuständigen Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern in einem Feedback-Gespräch analysiert, um bei Abweichungen/Dokumentationsfehlern mögliche Ursachen ohne Zeitverlust klären und Optimierungsmaßnahmen zur Steigerung der Dokumentationsqualität ansprechen zu können. Im Nachgang wurden die Ergebnisse des Datenabgleichs auf Fall- und Standortebene sowie die konsekutive Analyse des Prozesses den jeweiligen Krankenhausstandorten in schriftlicher Form zurückgespiegelt.

4 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Für das Erfassungsjahr 2016 wurden in 21 der 25 QS-Verfahren jeweils zwischen 1 und 6 (verstetigte und neue) Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit angewendet (insgesamt $n = 60$ Auffälligkeitskriterien). Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2016 wurden anhand der festgelegten Auffälligkeitskriterien insgesamt 1.406 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt.

Entwicklung zum Vorjahr

Die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist im Vergleich zum Vorjahr ($n = 1.099$) gestiegen, wobei hier zu berücksichtigen ist, dass dies zum Teil auf die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien zurückzuführen ist. Der Anteil angeforderter Stellungnahmen ist im Vergleich zum Vorjahr in etwa konstant geblieben (2015: 788; 2016: 955). Der Anteil der von den Leistungserbringern bestätigten Fehldokumentationen (A40, A99) über alle QS-Verfahren hinweg ist hingegen gestiegen (EJ 2016: 68,0 %; 2015: 63,2 %; EJ 2014: 50,0 %). Auch die absolute Anzahl weiterführender Maßnahmen im Strukturierten Dialog zu den rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs – insbesondere Zielvereinbarungen – ist verglichen zum Vorjahr höher.

Anteil bestätigter Fehldokumentationen an den rechnerischen Auffälligkeiten

Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen (Bewertung mit A40 oder A99) an den rechnerischen Auffälligkeiten zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit schwankt je nach QS-Verfahren (Abbildung 3).

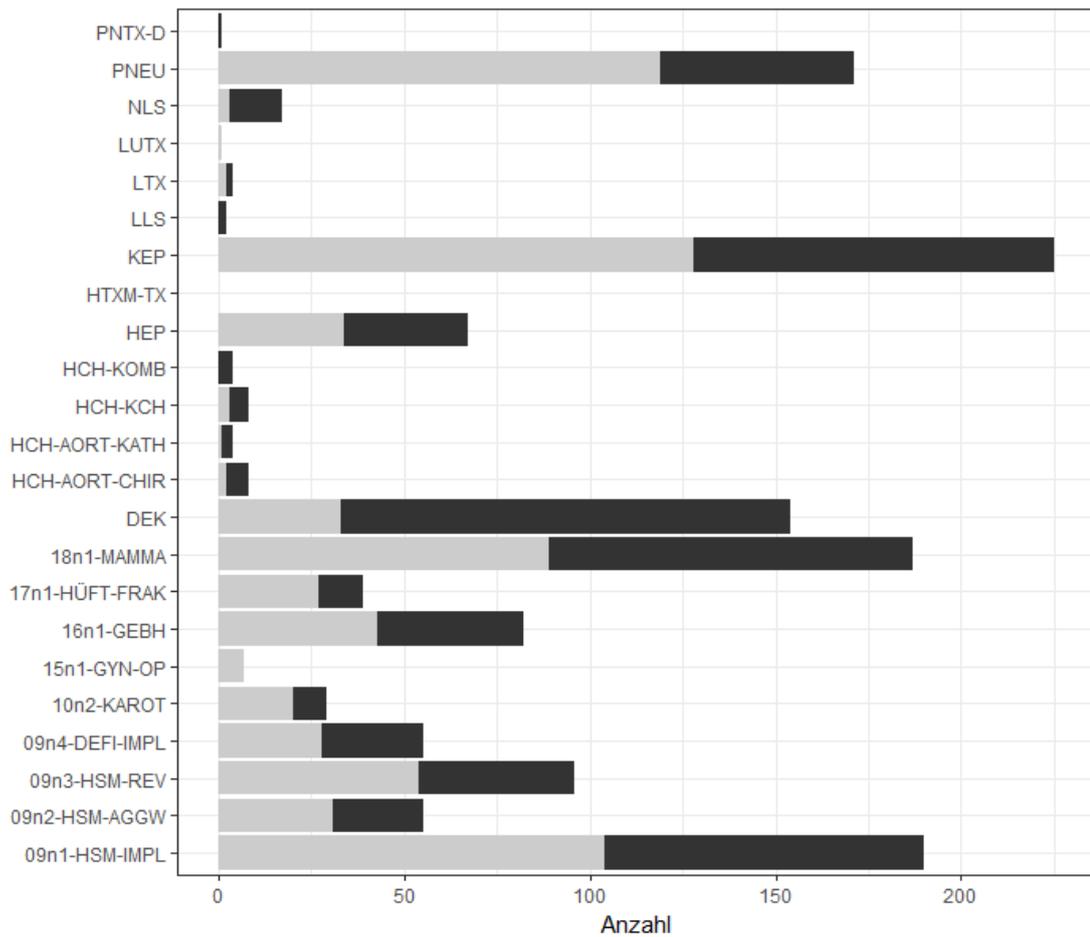


Abbildung 3: A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (schwarz) bezogen auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten (grau und schwarz) nach QS-Verfahren/ Auswertungsmodulen (EJ 2016)

Wiederholte Auffälligkeiten

Über alle AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit waren von den Standorten, die die 1.406 rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2016 aufwiesen, 142 schon im EJ 2015 und 16 bereits sowohl im EJ 2015 als auch im EJ 2014 rechnerisch auffällig.

4.1 Herzchirurgie

4.1.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

Tabelle 12: Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch): AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 811809	AK-ID 850371
Indikatorergebnisse	56	86
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	4	4
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	2	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	-
Maßnahmen		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	4	4
Bewertungen		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2	4
Sonstiges [S91, S99]	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	-

Anmerkungen:

AK-ID 811809: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

AK-ID 850371: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

4.1.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

Tabelle 13: Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt): AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850283	AK-ID 850353
Indikatorergebnisse	97	31
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	1

	AK-ID 850283	AK-ID 850353
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-	0
Maßnahmen		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	3	1
Bewertungen		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2	1
Sonstiges [S99, S91]	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	-	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-	0

Anmerkungen:

AK-ID 850283: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

AK-ID 850353: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

4.1.3 Koronarchirurgie, isoliert

Tabelle 14: Koronarchirurgie, isoliert: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 813165	AK-ID 850373
Indikatorergebnisse	48	88
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	6
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	-
Maßnahmen		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	2	6
Bewertungen		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	1

	AK-ID 813165	AK-ID 850373
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	1	4
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	1
Sonstiges [S99, S91]	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	-

Anmerkungen:

AK-ID 813165: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

AK-ID 850373: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

4.1.4 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Tabelle 15: Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850354	AK-ID 850374
Referenzbereiche	≤ 1,00 (90.Perzentil)	≤ 7,90 % (97. Perzentil)
Indikatorergebnisse	45	83
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	2
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	-
Maßnahmen		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	2	2
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
Bewertungen		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2	2
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	0
Sonstiges [S99, S91]	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	-

Anmerkungen:

AK-ID 850354: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

AK-ID 850374: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

4.2 Transplantationen

4.2.1 Herztransplantation

Tabelle 16: Herztransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850293	AK-ID 850294	AK-ID 850295
Indikatorergebnisse	22	21	22
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	0	0	0
Bewertungen			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850293: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850294: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850295: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

4.2.2 Leberlebenspende

Tabelle 17: Leberlebenspende: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850260	AK-ID 850261	AK-ID 850262
Indikatorergebnisse	11	8	10
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0

	AK-ID 850260	AK-ID 850261	AK-ID 850262
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	2	0	0
Bewertungen			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

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

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

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

4.2.3 Lebertransplantation

Tabelle 18: Lebertransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850299	AK-ID 850300	AK-ID 850301
Indikatorergebnisse	24	23	24
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	2	2
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	0	2	2
Bewertungen			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	1	1

	AK-ID 850299	AK-ID 850300	AK-ID 850301
Sonstiges [S91, S99]	0	1	1
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

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

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

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

4.2.4 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Tabelle 19: Lungen- und Herz-Lungentransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850302	AK-ID 850303	AK-ID 850304
Indikatorergebnisse	16	16	16
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	1
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	0	0	1
Bewertungen			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	1
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850302: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850303: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

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

4.2.5 Nierenlebenspende

Tabelle 20: Nierenlebenspende: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850232
Indikatorergebnisse	38
Ergebnisse	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	17
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-
Maßnahmen	
Hinweise	0
Stellungnahmen	17
Bewertungen	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	14
Sonstiges [S91, S99]	1
Wiederholte Auffälligkeiten	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-

Anmerkungen:

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

In den Strukturierten Dialogen zu den Qualitätsindikatoren zeigte sich, dass bei den Qualitätsindikatoren zu Tod oder unbekanntem Überlebensstatus nach 1, 2 oder 3 Jahren bei 18 von insgesamt 23 rechnerischen Auffälligkeiten eine Bewertung der Qualität nicht möglich war, da eine fehlerhafte Dokumentation als Ursache der rechnerischen Auffälligkeit festgestellt wurde (78,3 %). Bei einigen Standorten scheint für eine Verbesserung einer korrekten Dokumentation eine Schulung der Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter und bei anderen Standorten eine Etablierung von Prozessen für die Sicherstellung einer vollzähligen und validen Dokumentation notwendig zu sein.

4.2.6 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten

Tabelle 21: Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850308	AK-ID 850309	AK-ID 850310
Indikatorergebnisse	37	39	38
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	1
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	0	0	1
Bewertungen			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850308: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

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

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

4.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

4.3.1 Herzschrittmacher-Implantation

Tabelle 22: Herzschrittmacher-Implantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 813070	AK-ID 813071	AK-ID 813072
Indikatorergebnisse	831	819	986
Ergebnisse			

	AK-ID 813070	AK-ID 813071	AK-ID 813072
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	37	49	104
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	6	8	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	2	2	-
Maßnahmen			
Hinweise	14	20	54
Stellungnahmen	23	29	49
Keine Maßnahme	0	0	1
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechung	0	1	0
Zielvereinbarung	1	4	0
Bewertungen			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	4	4	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	16	22	48
Sonstiges [S91, S99]	3	3	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	-

Anmerkungen:

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom ‚sonstiges‘

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation ‚sonstiges‘

AK-ID 813072: Unterdokumentation von GKV-Versicherten

4.3.2 Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 23: Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850339	AK-ID 813074
Indikatorergebnisse	636	805
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	11	85
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	-
Maßnahmen		
Hinweise	4	45
Stellungnahmen	7	39
Keine Maßnahme	0	1
Bewertungen		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	5	38
Sonstiges [S91, S99]	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	-

Anmerkungen:

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

AK-ID 813074: Unterdokumentation von GKV-Versicherten

4.3.3 Herzschrittmarker – Aggregatwechsel

Tabelle 24: Herzschrittmarker-Aggregatwechsel: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 813073
Indikatorergebnisse	842
Ergebnisse	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	55
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-

AK-ID 813073	
Maßnahmen	
Hinweise	30
Stellungnahmen	24
Keine Maßnahme	1
Weiterführende Maßnahme	
Zielvereinbarung	0
Bewertungen	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	24
Sonstiges [S91, S99]	0
Wiederholte Auffälligkeiten	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-

Anmerkung:

AK-ID 813073: Unterdokumentation von GKV-Versicherten

4.3.4 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 25: Implantierbare Defibrillatoren – Implantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850313	AK-ID 850314	AK-ID 850315	AK-ID 850317
Indikatorergebnisse	574	562	568	731
Ergebnisse				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	25	5	18	7
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	6	0	2	2
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	2	0	0	1
Maßnahmen				
Hinweise	10	1	8	1
Stellungnahmen	15	4	10	5
Keine Maßnahme	0	0	0	1
Weiterführende Maßnahme				
Zielvereinbarung	0	0	1	0
Bewertungen				

	AK-ID 850313	AK-ID 850314	AK-ID 850315	AK-ID 850317
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	1	3	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	14	3	7	3
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten				
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige‘

AK-ID 850314: Häufig ICD-System ‚sonstiges‘

AK-ID 850315: Häufige Angabe von LVEF ‚nicht bekannt‘

AK-ID 850317: Angabe von ASA 5

4.4 Karotis-Revaskularisation

Tabelle 26: Karotis-Revaskularisation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850332
Indikatorergebnisse	337
Ergebnisse	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	29
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	5
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	1
Maßnahmen	
Hinweise	5
Stellungnahmen	24
Weiterführende Maßnahmen	
Zielvereinbarung	1
Bewertungen	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	15
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	9
Sonstiges [S91, S99]	0

	AK-ID 850332
Wiederholte Auffälligkeiten	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0

Anmerkungen:

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

4.5 Orthopädie und Unfallchirurgie

4.5.1 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Tabelle 27: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850350
Indikatorergebnisse	564
Ergebnisse	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	39
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0
Maßnahmen	
Hinweise	14
Stellungnahmen	25
Weiterführende Maßnahmen	
Zielvereinbarungen	2
Bewertungen	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	11
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	12
Sonstiges [S91, S99]	2
Wiederholte Auffälligkeiten	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0

Anmerkungen:

AK-ID 850350: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.5.2 Hüftendoprothesenversorgung

Tabelle 28: Hüftendoprothesenversorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850376
Indikatorergebnisse	1101
Ergebnisse	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	67
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-
Maßnahmen	
Hinweise	31
Stellungnahmen	36
Weiterführende Maßnahmen	
Zielvereinbarungen	0
Bewertungen	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	33
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	2
Sonstiges [S91, S99]	0
Wiederholte Auffälligkeiten	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-

Anmerkungen:

AK-ID 850376: Unterdokumentation von GKV-Versicherten

4.5.3 Knieendoprothesenversorgung

Tabelle 29: Knieendoprothesenversorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850305	AK-ID 850306	AK-ID 850307	AK-ID 850311	AK-ID 850336	AK-ID 850375
Indikatorergebnisse	1100	865	938	799	1099	1023
Ergebnisse						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	15	24	13	118	18	37
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-	-	-	-	-	-

	AK-ID 850305	AK-ID 850306	AK-ID 850307	AK-ID 850311	AK-ID 850336	AK-ID 850375
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-	-	-	-	-	-
Maßnahmen						
Hinweise	0	1	2	55	3	8
Stellungnahmen	15	23	11	63	15	29
Weiterführende Maßnahmen						
Zielvereinbarungen	0	3	0	0	0	0
Bewertungen						
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	7	2	39	2	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	12	16	8	23	13	25
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	1	0	0	0	0	2
Sonstiges [S91, S99]	0	0	1	1	0	1
Wiederholte Auffälligkeiten						
Davon fehlerhafte Dokumenta- tion [A40, A99] im EJ 2015	-	-	-	-	-	-
Davon fehlerhafte Dokumenta- tion [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-	-	-	-	-	-

Anmerkungen:

AK-ID 850305: Angabe von ASA 5

AK-ID 850306: Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen

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

AK-ID 850311: Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer

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

AK-ID 850375: Unterdokumentation von GKV-Versicherten

4.6 Geburtshilfe

Tabelle 30: Geburtshilfe: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850318	AK-ID 850224
Indikatorergebnisse	678	706
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	49	33
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	13	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	1	-
Maßnahmen		
Hinweise	6	11
Stellungnahmen	43	21
Bewertungen		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	22	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	20	19
Sonstiges [S91, S99]	1	1
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	-

Anmerkungen:

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

AK-ID 850224: Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess

In den Strukturierten Dialogen zu den Qualitätsindikatoren zeigte sich, dass bei dem Indikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) 35,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 65) aufgrund von Dokumentationsproblemen (n = 45) nicht bewertet werden konnten. Bei dem Indikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (QI-ID 50045) konnten 3 der 7 rechnerisch auffälligen Ergebnisse aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht bewertet werden (42,9 %). Die hohe Rate an Dokumentationsfehlern im Indikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ kann auf der Grundlage der Länderberichte zum Strukturierten Dialog 2016 durch eine nicht durchgeführte Dokumentation der erfolgten Kortikosteroidtherapie erklärt werden. Zudem handelte es sich in einigen Fällen nicht um Frühgeburten, obwohl diese als Frühgeburten dokumentiert wurden.

4.7 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Tabelle 31: Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850312
Indikatorergebnisse	527
Ergebnisse	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	7
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0
Maßnahmen	
Hinweise	3
Stellungnahmen	4
Bewertungen	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0
Sonstiges [S91, S99]	0
Wiederholte Auffälligkeiten	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0

Anmerkungen:

AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.8 Mammachirurgie

Tabelle 32: Mammachirurgie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850363	AK-ID 850364	AK-ID 813068	AK-ID 850367	AK-ID 850365	AK-ID 850372
Referenzbereiche	≤ 3,30 % (95. Perzentil)	≤ 2,19 % (95. Perzentil)	≤ 4 % (95. Perzentil)	≤ 1	≤ 12,91 (95. Perzentil)	≤ 2,60 (95. Perzentil)
Indikatorergebnisse	616	603	729	736	773	600
Ergebnisse						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	25	16	44	50	31	21
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	5	2	13	20	8	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	5	0	0	-
Maßnahmen						
Hinweise	2	3	1	13	9	0
Stellungnahmen	23	13	43	37	22	21
Weiterführende Maßnahmen						
Besprechungen	0	0	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0	0	5
Bewertungen						
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	7	1	11	16	15	6
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	15	12	31	20	7	15
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	0	0	0	1	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	1	0	1	1	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten						
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0	0	-

Anmerkungen:

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

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

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

AK-ID 850367: Häufige Angabe „(y)pNX“

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

AK-ID 850372: Häufige Angabe „immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

4.9 Pflege: Dekubitusprophylaxe

Tabelle 33: Pflege: Dekubitusprophylaxe: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850359	AK-ID 850361	AK-ID 850362
Referenzbereiche	≤ 4,30 % (95. Perzentil)	≤ 8,82 % (95. Perzentil)	≤ 4
Indikatorergebnisse	1.438	1.403	626
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	76	64	14
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	20	22	5
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	1	0
Maßnahmen			
Hinweise	12	0	4
Stellungnahmen	64	64	10
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	2	4	0
Bewertungen			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	4	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	59	52	10
Sonstiges [S99, S90, S91]	4	8	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

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

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

AK-ID 850362: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme oder Entlassung

Bei den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren zeigt sich, dass bei dem Qualitätsindikator „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (QI-ID 52009) von den insgesamt 332 rechnerischen Auffälligkeiten

261 aufgrund von fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden konnten (78,6 %). Bei dem Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (QI-ID 52010) konnten 22 der insgesamt 39 rechnerischen Auffälligkeiten aufgrund von fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden (56,4 %). Als mögliche Gründe einer Fehldokumentation wurde genannt, dass der Schweregrad eines Dekubitalulcus innerhalb unterschiedlicher Klassifikationssysteme (DIMDI und EPUAP) anders eingeteilt wird und somit vor Ort zu Verwechslungen führte. Weiter werden in den Berichten der Länder Unsicherheiten bezüglich der Einstufung des Risikos und der Abgrenzung eines Dekubitus zu anderen Hautläsionen beschrieben. Dementsprechend sind weitere Schulungsmaßnahmen dringend zu empfehlen, wozu die Krankenhäuser im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Teil auch hingewiesen wurden. Des Weiteren ist den Berichten der Bundesländer zu entnehmen, dass zwischen der pflegerischen Wund- bzw. Dekubitusserfassung und der DRG-Kodierung durch die Kodierfachkräfte/Medizincontroller zum Teil Diskrepanzen bestehen. Hier scheinen Kommunikationsprobleme vorzuliegen.

4.10 Ambulant erworbene Pneumonie

Tabelle 34: Ambulant erworbene Pneumonie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 811821	AK-ID 811822	AK-ID 811825	AK-ID 811826	AK-ID 811827
Referenzbereiche	≤ 30,00 %	≤ 22,36 % (95. Perzentil)	≤ 38,95 % (97. Perzentil)	≤ 27,85 % (97. Perzentil)	≤ 10,00 %
Indikatorergebnisse	1365	1343	1321	1312	1345
Ergebnisse					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	19	65	42	37	8
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-	-	-	-	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-	-	-	-	-
Maßnahmen					
Hinweise	1	9	21	2	3
Stellungnahmen	18	56	21	35	5
Weiterführende Maßnahmen					
Besprechungen	0	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	2	0	3	0
Bewertungen					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	12	37	6	20	0

	AK-ID 811821	AK-ID 811822	AK-ID 811825	AK-ID 811826	AK-ID 811827
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	5	17	13	14	3
Sonstiges [S99, S90, S91]	1	2	2	1	2
Wiederholte Auffälligkeiten					
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	-	-	-	-	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-	-	-	-	-

Anmerkungen:

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

AK-ID 811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

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

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

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

Im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren zeigte sich, dass im Erfassungsjahr 2016 bei 142 Fällen (9,7 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse) aufgrund von Dokumentationsproblemen keine Bewertung möglich war. Im Erfassungsjahr 2015 lag diese Zahl bei 192 Fällen (11,9 %). Somit konnten im Vergleich zum Vorjahr etwas weniger Fälle aufgrund von Dokumentationsproblemen nicht bewertet werden.

5 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Durch die Aufnahme der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es seit dem Erfassungsjahr 2011 möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Leistungserbringern zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Es lassen sich drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit unterscheiden:

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

Die Auffälligkeitskriterien zu Unter- und Überdokumentation werden in allen QS-Verfahren geprüft. Die Referenzbereiche für die AKs liegen aktuell bei $\geq 95,00\%$ (Unterdokumentation) und $\leq 110,00\%$ (Überdokumentation). In den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren liegt der Referenzbereich für das AK zur Unterdokumentation bei $\geq 100\%$, d. h. es wird eine vollständige Dokumentation erwartet. Im Erfassungsjahr 2016 wurde das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz in allen QS-Verfahren mit Ausnahme der Neonatologie und der transplantationsmedizinischen QS-Verfahren angewandt. Der Referenzbereich des AK zum Minimaldatensatz liegt bei $\leq 5,00\%$, sodass bei Überschreitung eines Anteils von $5,00\%$ Minimaldatensätze an den für ein QS-Verfahren gelieferten Datensätzen ein Krankenhausstandort rechnerisch auffällig wird.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit über alle QS-Verfahren – ausgenommen den Zählleistungsbereichen – dargestellt. Die Zählleistungsbereiche werden gesondert dargestellt. Die Transplantationsbereiche werden ausführlicher in Abschnitt 5.5 behandelt. Eine ausführliche Darstellung der Maßnahmen und Bewertungen im Strukturierten Dialog zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit – auch differenziert nach Bundesländern – ist dem Anhang zu diesem Bericht zu entnehmen.

Anteil rechnerisch auffälliger Standorte unter den datenliefernden Standorten

Der Anteil rechnerisch auffälliger Standorte an den datenliefernden Standorten lag bei den AKs zur Unter- und Überdokumentation bei max. knapp 15% (Unterdokumentation) und max. 6% (Überdokumentation) (Abbildung 4). Bei dem AK zum Minimaldatensatz fiel der Anteil an rechnerisch auffälligen Standorten an den datenliefernden Standorten mit max. knapp 3% noch geringer aus (Abbildung 5).

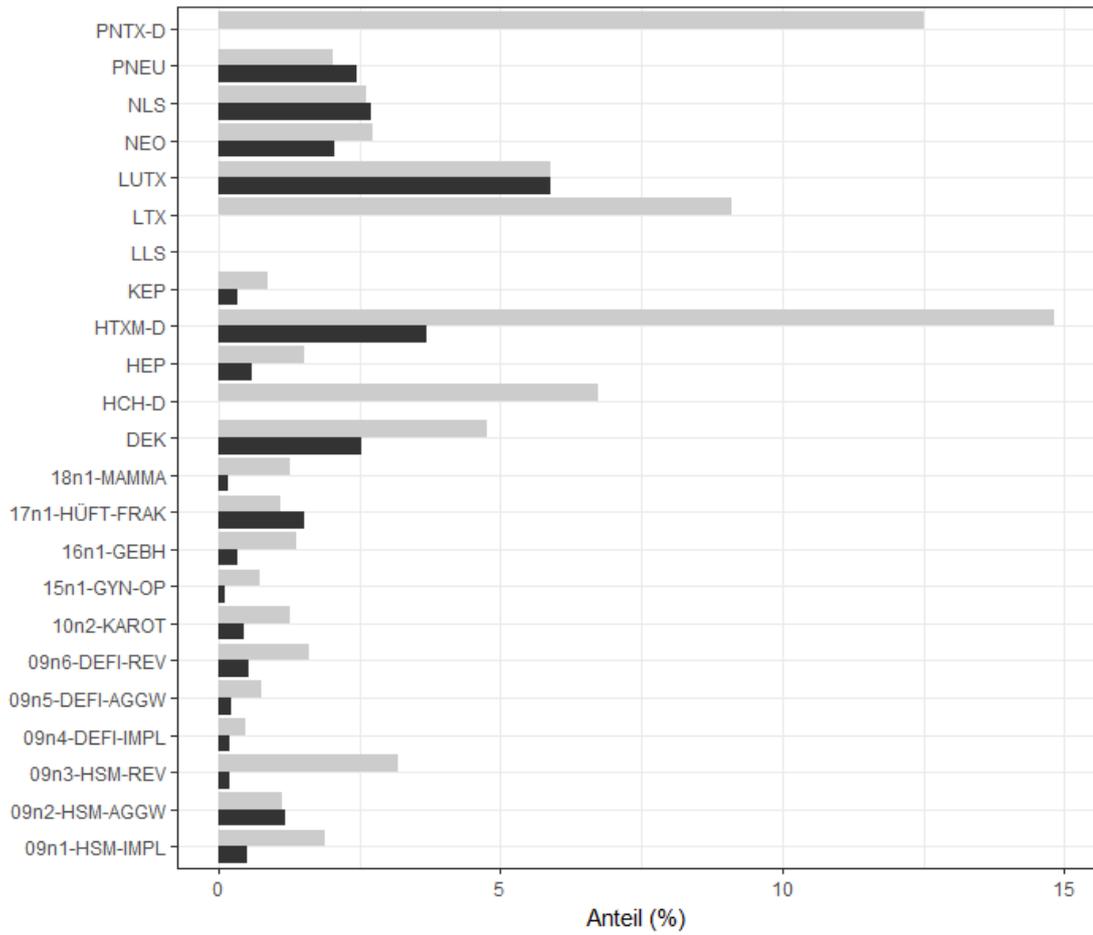


Abbildung 4: AKs zur Vollständigkeit: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte in den AKs zur Unterdokumentation (grau) und Überdokumentation (schwarz) an den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2016)

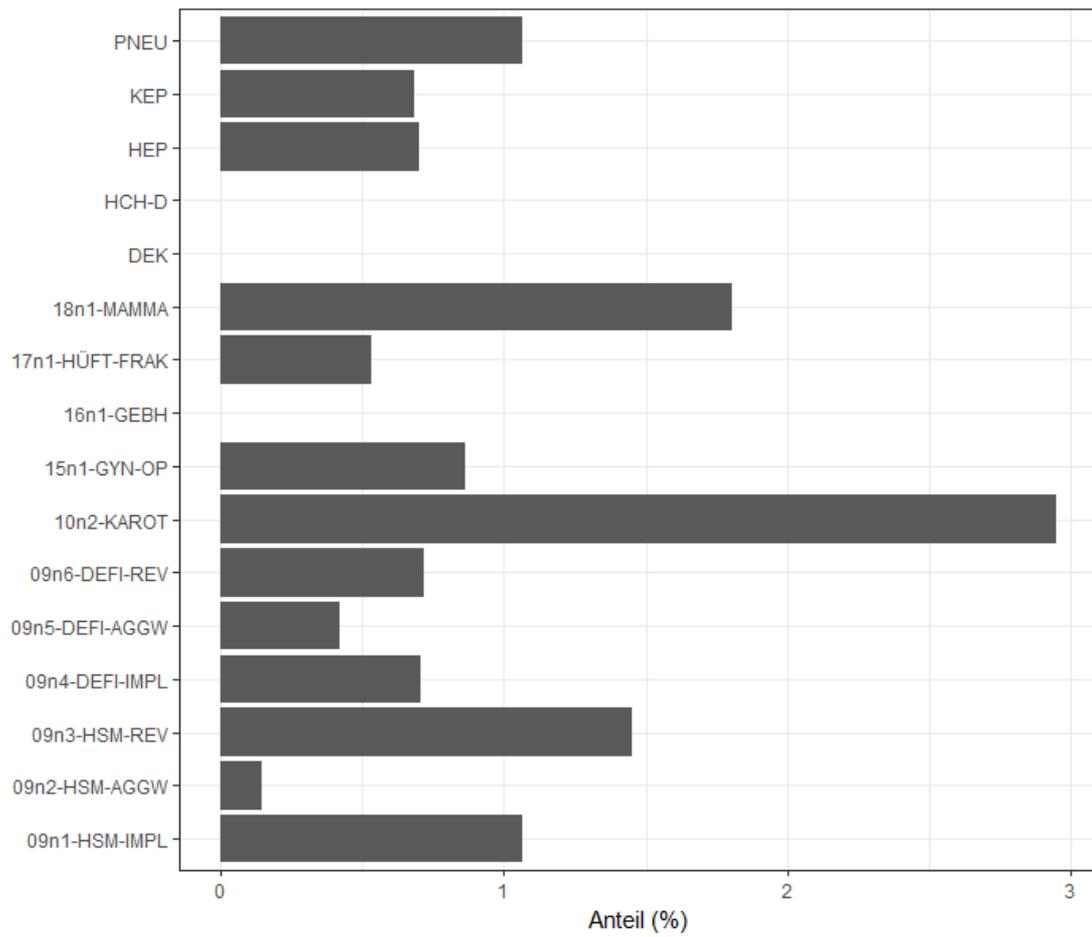


Abbildung 5: AK Minimaldatensatz: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte an den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2016)

Entwicklung zum Vorjahr

Die rechnerischen Auffälligkeiten in den AKs zur Unterdokumentation sind über alle QS-Verfahren gesunken (EJ 2016: n = 310; EJ 2015: n = 390; EJ 2014 n = 469). Die bestätigten Unterdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) sind über alle QS-Verfahren relativ konstant geblieben (EJ 2016: 84,8 %; EJ 2015: 77,8 %; EJ 2014: 83 %).

Auch bei den AKs zur Überdokumentation ist die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten konstant geblieben (EJ 2016: n = 120; EJ 2015: n = 124; EJ 2014: n = 144). Die bestätigten Überdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) sind über alle QS-Verfahren hinweg im Vergleich zum Vorjahr gesunken (EJ 2016: 77,2 %; EJ 2015: 92,0 %; EJ 2014: 79,8 %).

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zum Minimaldatensatz ist im Vergleich zu den Vorjahren angestiegen (EJ 2016: n = 91; EJ 2015: n = 75; EJ 2014: n = 70). Die bestätigten Fehldokumentationen beim AK zum MDS (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) sind über alle QS-Verfahren hinweg im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben (EJ 2016: 41,3 %; EJ 2015: 42,5 %; EJ 2014: 23,8 %).

Wiederholte Auffälligkeiten

Über alle AKs zur Vollzähligkeit waren von den Standorten, die 1.194 rechnerische Auffälligkeiten des EJ 2016 aufwiesen, 314 schon im EJ 2015 und 19 auch sowohl im EJ 2015 als auch im EJ 2014 rechnerisch auffällig.

5.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

Durchschnittlich wurden über alle QS-Verfahren 33,5 % Hinweise (n = 104) an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. Unterdokumentation (n = 310) verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob tatsächlich eine Unterdokumentation vorlag, nicht möglich.

Rechnerisch auffällige Standorte

Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte über die EJ 2016, EJ 2015 sowie EJ 2014 gibt es nur in zwei QS-Verfahren (Abbildung 6).

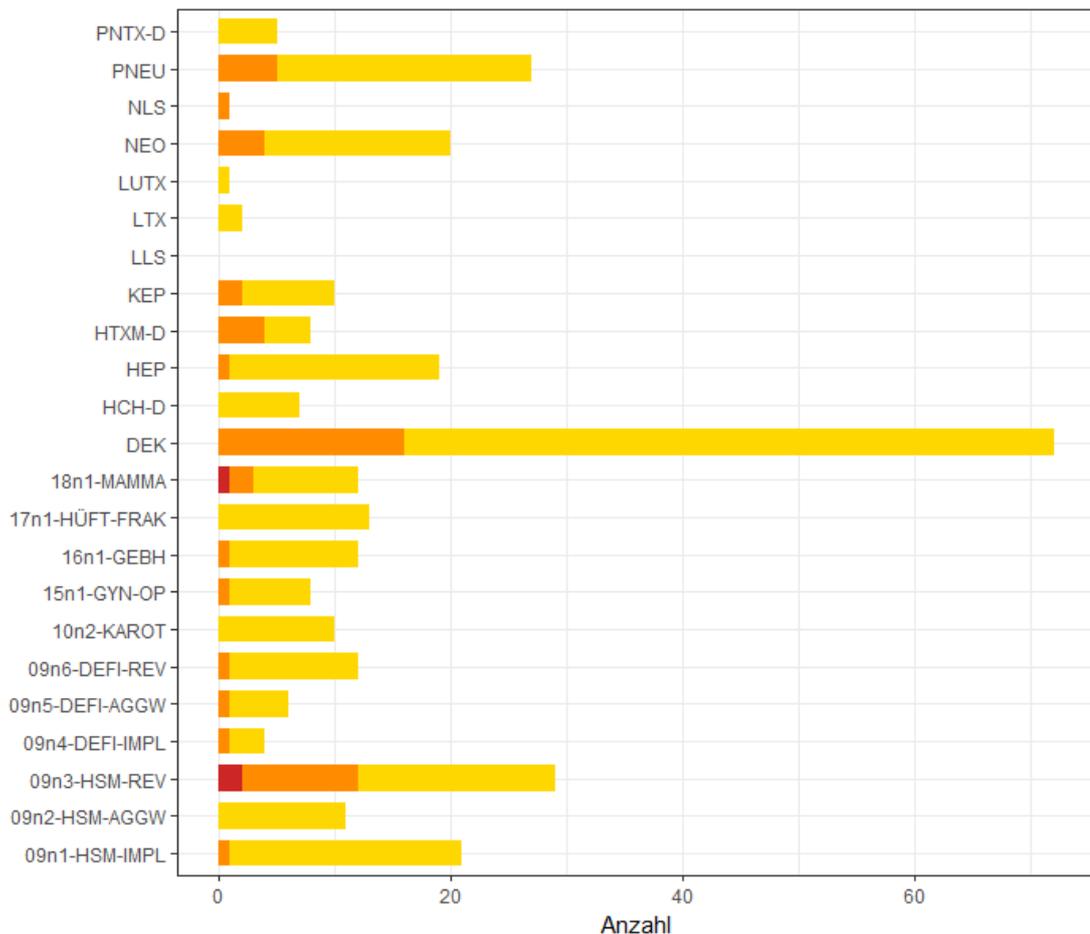


Abbildung 6: Wiederholte Unterdokumentation: Standorte des EJ 2016 (gelb), die auch im EJ 2015 (orange) und EJ 2014 (rot) in dem AK Unterdokumentation rechnerisch auffällig waren.

Bestätigte Unterdokumentationen

Über alle QS-Verfahren lag der mittlere Anteil bestätigter Unterdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) bei 84,8 % (173 bestätigte Fehldokumentationen bei 204 Stellungnahmen). Gemessen an den rechnerischen Auffälligkeiten lag der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen bei 55,8 % (173 bestätigte Fehldokumentationen bei 310 rechnerischen Auffälligkeiten) (Abbildung 7).

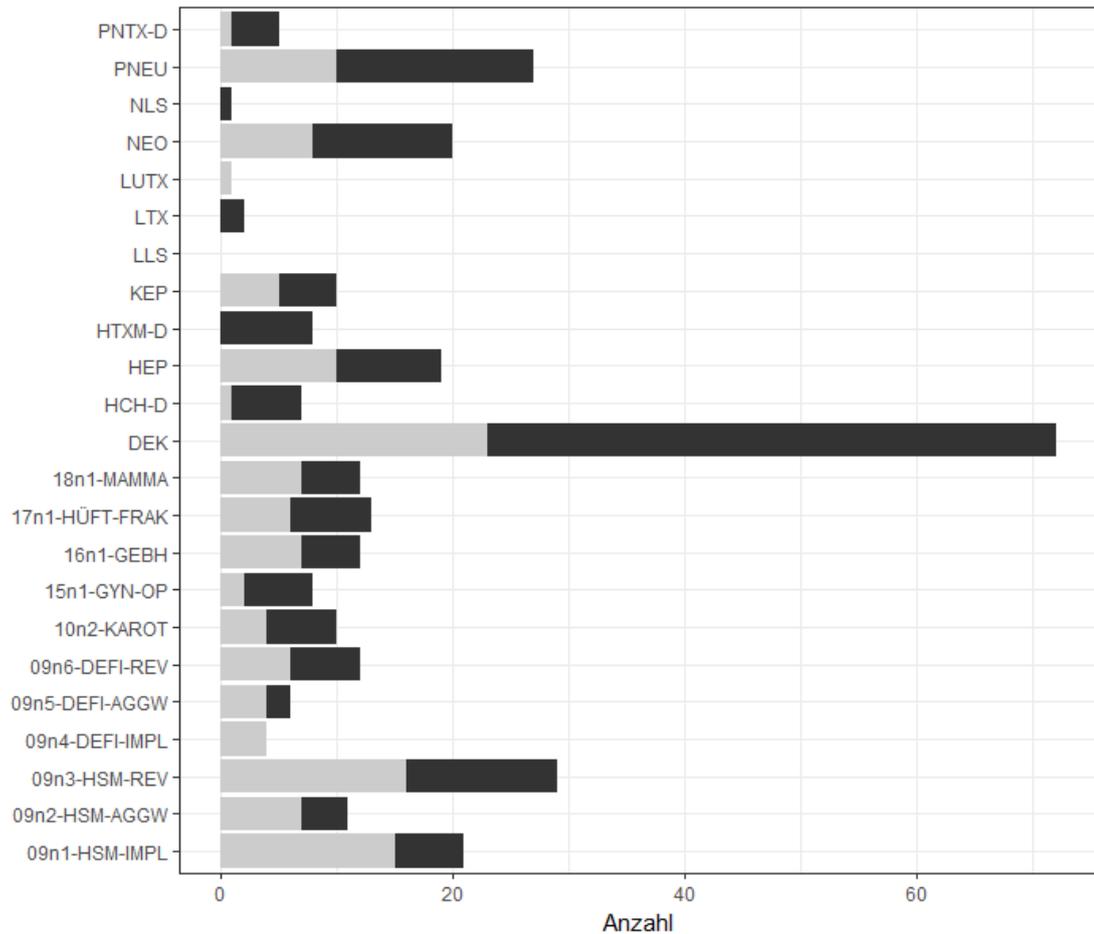


Abbildung 7: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Unterdokumentation (schwarz) bezogen auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten (grau und schwarz nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2016).

5.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

Durchschnittlich wurden über alle QS-Verfahren 34,2 % Hinweise (n = 41) an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. Überdokumentation (n = 120) verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob tatsächlich eine Überdokumentation vorlag, nicht möglich.

Rechnerisch auffällige Standorte

In vier QS-Verfahren, gab es Standorte mit wiederholter rechnerischer Auffälligkeit über drei Erfassungsjahre. Dabei ist die Anzahl der Standorte, die wiederholt in den Jahren EJ 2016, EJ 2015 sowie EJ 2014 rechnerisch auffällig waren sehr gering (Abbildung 8).

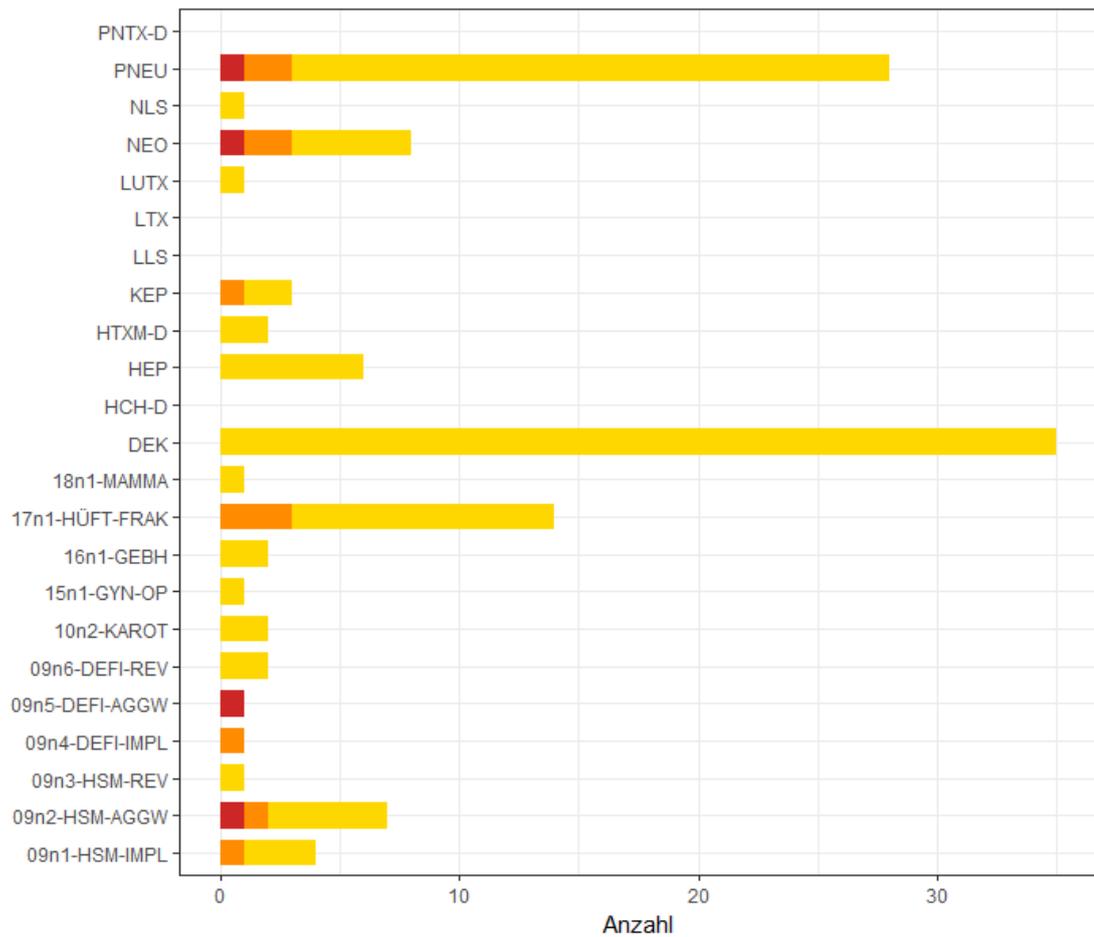


Abbildung 8: Wiederholte Überdokumentation: Standorte des EJ 2016 (gelb), die auch im EJ 2015 (orange) und EJ 2014 (rot) in dem AK Überdokumentation rechnerisch auffällig waren.

Bestätigte Überdokumentationen

Über alle QS-Verfahren liegt der mittlere Anteil bestätigter Überdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) bei 77,2 % (61 bestätigte Fehldokumentationen bei 79 Stellungnahmen). Gemessen an den rechnerischen Auffälligkeiten lag der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen bei 50,8 % (61 bestätigte Fehldokumentationen bei 120 rechnerischen Auffälligkeiten) (Abbildung 9).

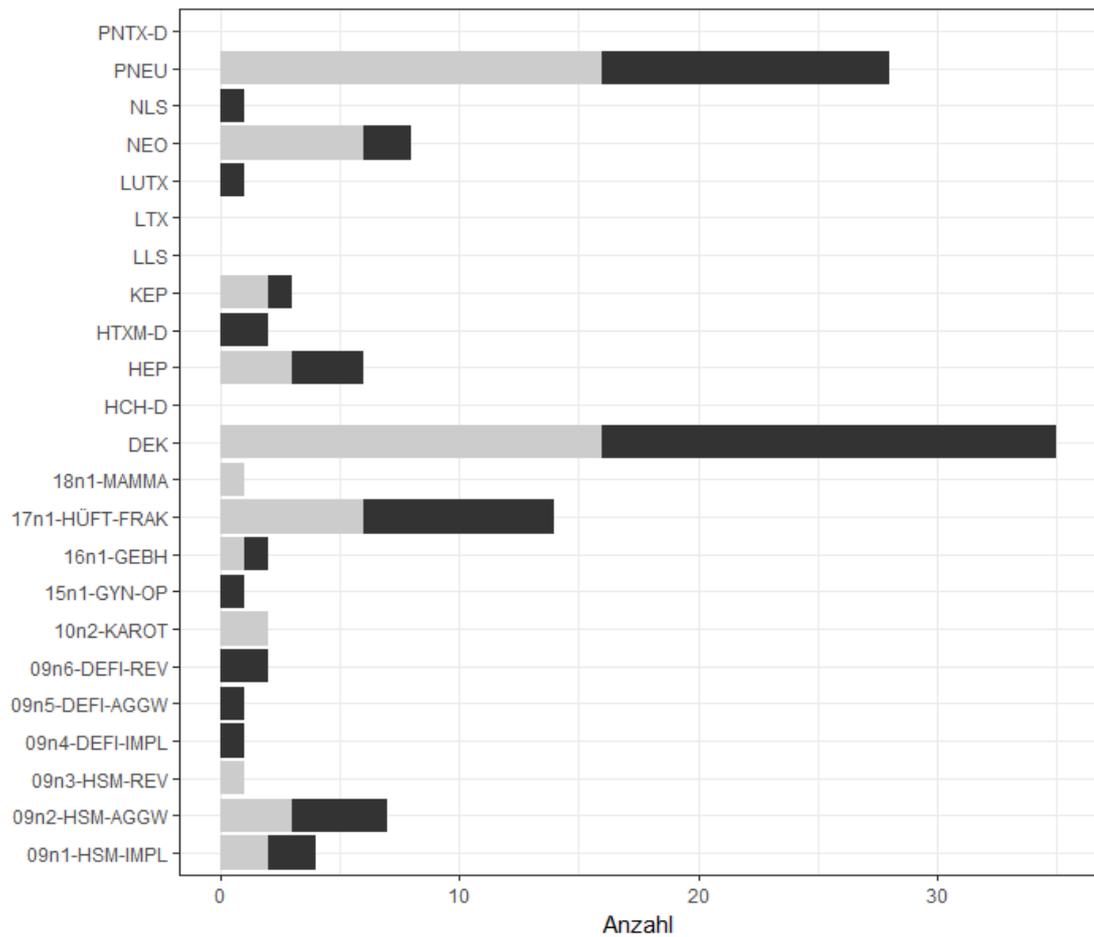


Abbildung 9: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Überdokumentation (schwarz) bezogen auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten (grau und schwarz) nach QS-Verfahren/ Auswertungsmodulen (EJ 2016).

5.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz

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

Durchschnittlich wurden 49,5 % Hinweise (n = 45) an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. des AK zum MDS (n = 91) verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob der Minimaldatensatz berechtigterweise angelegt wurde, nicht möglich.

Rechnerisch auffällige Standorte

In drei von insgesamt 16 QS-Verfahren, bei denen es ein AK zum MDS gibt, gab es Standorte mit wiederholter rechnerischer Auffälligkeit über drei Erfassungsjahre. Die Anzahl der Standorte, die wiederholt in den Jahren EJ 2016, EJ 2015 sowie EJ 2014 rechnerisch auffällig waren, ist sehr gering; in einem QS-Verfahren (*Ambulant erworbene Pneumonie*) ist die Anzahl der wiederholt rechnerisch auffälligen Standorte im Vergleich zu den anderen QS-Verfahren erhöht (Abbildung 10).

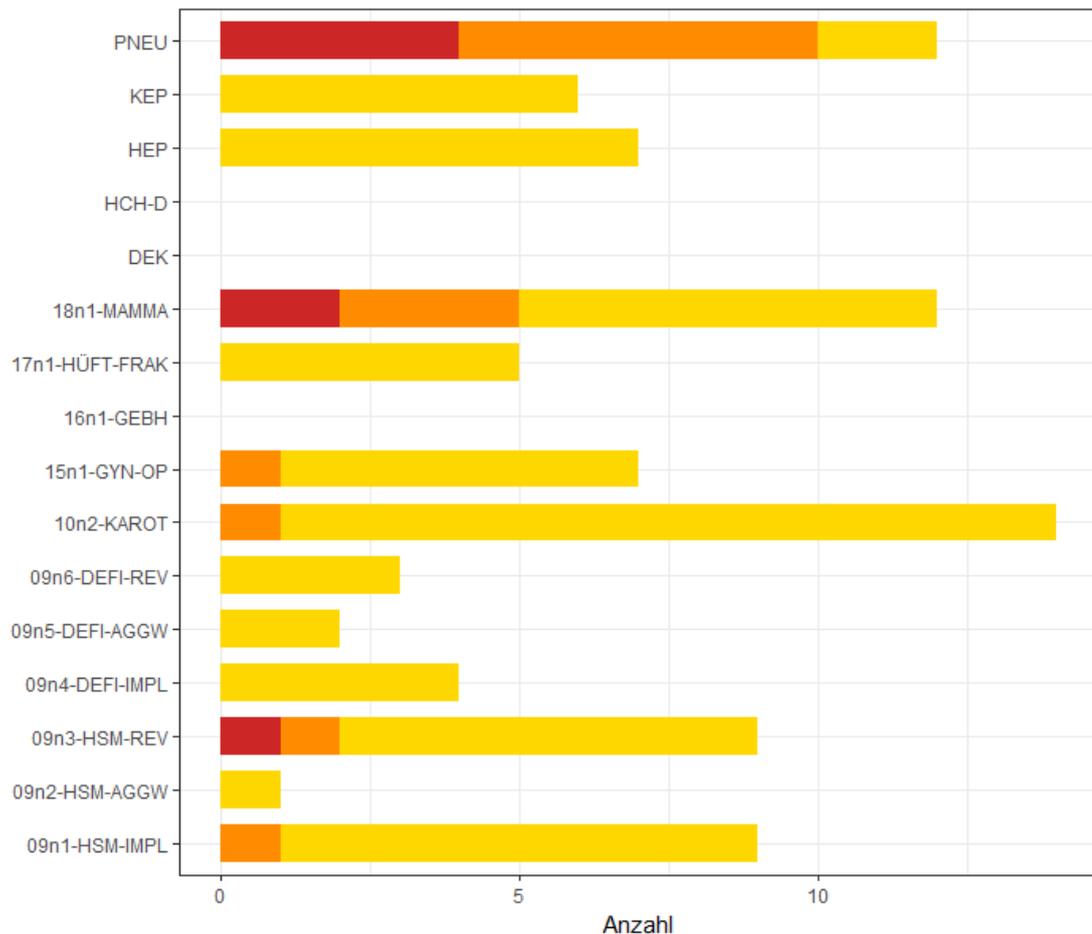


Abbildung 10: Wiederholte Auffälligkeit Minimaldatensatz: Standorte des EJ 2016 (gelb), die auch im EJ 2015 (orange) und EJ 2014 (rot) in dem AK Minimaldatensatz rechnerisch auffällig waren.

Bestätigte Fehldokumentation Minimaldatensatz

Über alle indirekten Verfahren liegt der mittlere Anteil bestätigter Fehldokumentationen im AK Minimaldatensatz (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) bei 41,3 % (19 bestätigte Fehldokumentationen bei 46 Stellungnahmen) (Abbildung 11).

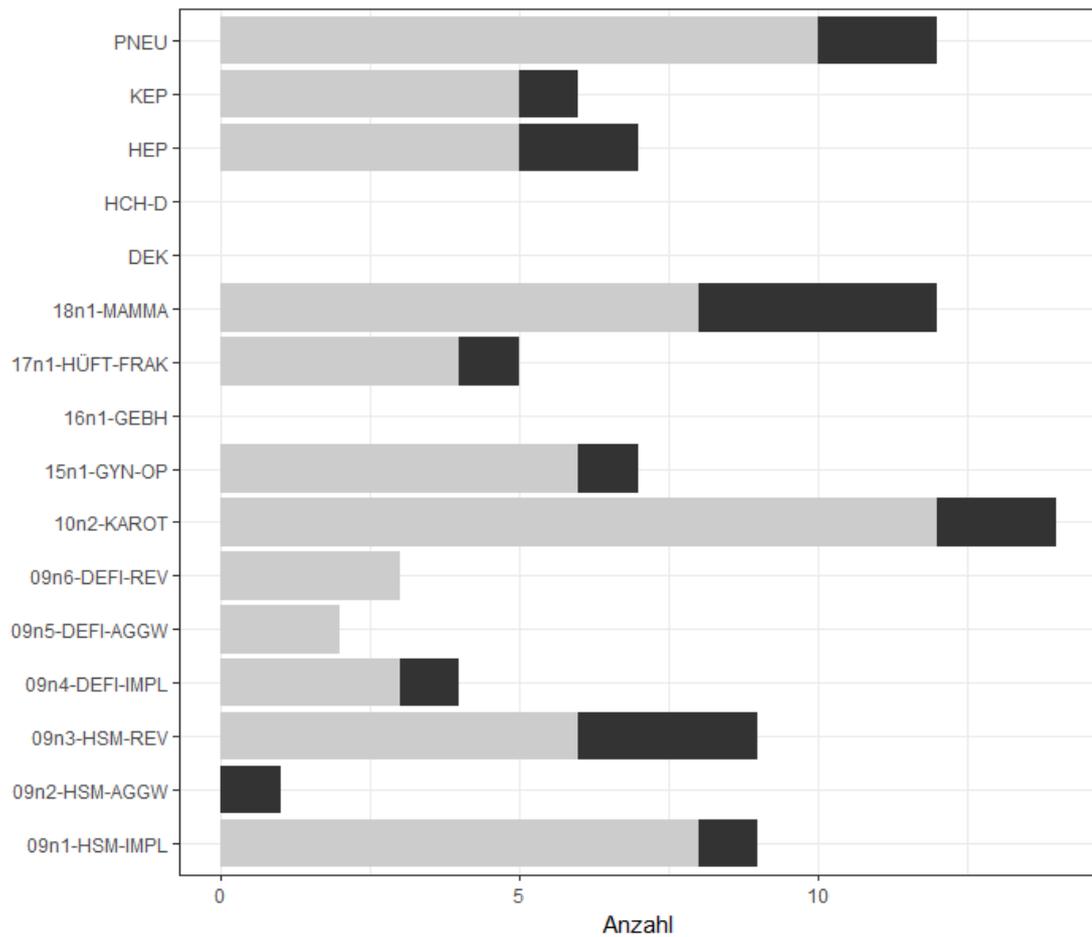


Abbildung 11: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zum Minimaldatensatz (schwarz) bezogen auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten (grau und schwarz) nach QS-Verfahren/ Auswertungsmodulen (EJ 2016).

5.4 Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Orthopädie und Unfallchirurgie

Ab dem Erfassungsjahr 2015 wurde die Vollzähligkeit der QS-Dokumentation in den QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* nicht mehr nur fallbezogen, sondern auch prozedurbezogen ermittelt und im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog über Auffälligkeitskriterien geprüft. Die prozedurbezogenen „Zählleistungsbereiche“ erfassen beispielsweise, wie viele Patientinnen und Patienten eine Erstimplantation und anschließend einen Wechsel während des gleichen Aufenthalts hatten. Da es im Erfassungsjahr 2015 zu vermehrten Problemen der Dokumentation in den Zählleistungsbereichen der Orthopädie und Unfallchirurgie kam (u. a. Auslösungsprobleme des Dokumentationsbogens) hat der Gemeinsame Bundesausschuss infolge der aufgetretenen Problematik der Unterdokumentation die diesbezügliche Sanktionsreglung nach § 24 QSKH-RL für die Erfassungsjahre 2015 und 2016 ausgesetzt.

Im EJ 2016 kam es bundesweit zu rechnerischen Auffälligkeiten, insbesondere zu Unterdokumentationen bei Wechseleingriffen der QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* (Tabelle 35 und Tabelle 36). Zur Unterdokumentation der Wechseleingriffe bei HEP (HEP_WE) wurde als weiterführende Maßnahme im Strukturierten Dialog mit einem Krankenhaus ein kollegiales Gespräch geführt und vier Zielvereinbarungen geschlossen. Als weiterführende Maßnahme bei Unterdokumentationen von Wechseleingriffen bei KEP (KEP_WE) wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Tabelle 35: Zählleistungsbereiche Unterdokumentation – Ergebnisse HEP und KEP

ZLB	AK-ID	Indikator- ergebnisse	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahmen	fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	korrekte Do- kumentation bestätigt (U30, U99)	Sonstiges (S99, S91)
HEP_IMPL	850274	1069	31	16 (51,6 %)	12 (38,7 %)	0 (0 %)	3 (9,7 %)
HEP_WE	850276	993	299	191 (63,9 %)	151 (50,5 %)	10 (3,3 %)	25 (8,4 %)
KEP_IMPL	850344	949	29	18 (62,1 %)	14 (48,3 %)	1 (3,4 %)	2 (6,9 %)
KEP_WE	850346	876	121	70 (57,9 %)	55 (45,5 %)	6 (5,0 %)	7 (5,8 %)

Tabelle 36: Zählleistungsbereiche Überdokumentation – Ergebnisse HEP und KEP

ZLB	AK-ID	Indikator-er- gebnisse	rechnerische Auffälligkeiten	Angeforderte Stellungnahmen	fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	korrekte Do- kumentation bestätigt (U30, U99)	Sonstiges (S99, S91)
HEP_IMPL	850275	1000	6	6 (100 %)	4 (66,7 %)	0 (0 %)	2 (33,3 %)
HEP_WE	850277	841	43	17 (39,5 %)	13 (30,2 %)	1 (2,3 %)	3 (7,0 %)
KEP_IMPL	850345	863	4	3 (75,0 %)	1 (25,0 %)	1 (25,0 %)	1 (25,0 %)
KEP_WE	850347	745	43	17 (39,5 %)	13 (30,2 %)	1 (2,3 %)	2 (4,7 %)

5.5 Direkte QS-Verfahren

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien der Vollzähligkeit in den herzchirurgischen und transplantationsmedizinischen QS-Verfahren genauer beschrieben.

5.5.1 Herzchirurgie

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

Im EJ 2016 gab es insgesamt 15 rechnerische Auffälligkeiten der Unterdokumentation von insgesamt 176 Indikatorergebnissen (8,5 %). Zwei Standorte waren auch schon im Vorjahr rechnerisch auffällig bei diesem Auffälligkeitskriterium (Tabelle 37).

Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

Neben der Prüfung der fallbezogenen Vollzähligkeit für die herzchirurgischen QS-Verfahren wird auch die prozedurbezogene Vollzähligkeit (Unter- und Überdokumentation) in den Zählleistungsbereichen Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (endovaskulär) und Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (transapikal) überprüft (vgl. Tabelle 37). Beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation blieb die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zu den Vorjahren konstant (EJ 2016: n = 15; EJ 2015: n = 14; EJ 2014: n = 4).

Tabelle 37: Zählleistungsbereiche – Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt: AKs zur Vollzähligkeit

	AK-ID 850289	AK-ID 850291
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	98	78
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	7	8
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1	1
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0
Maßnahmen		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	2	5
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechungen	0	0

	AK-ID 850289	AK-ID 850291
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
Bewertungen		
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	2	5
Sonstiges [S99, S90, S91]	5	3
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)

AK-ID 850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)

5.5.2 Transplantationen

Sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden erfolgt eine Überprüfung anhand der Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation. Da hier auch die Follow-up-Ergebnisse der Patienten nach 1, 2 und 3 Jahren dokumentiert werden, werden diese auch bei der Überprüfung der Plausibilität und Vollständigkeit berücksichtigt. Seit dem Erfassungsjahr 2011 wird außerdem in allen Transplantationsverfahren die Häufigkeit der Angabe „Überlebensstatus unbekannt“ überprüft (Tabelle 38).

Für jedes QS-Verfahren der Transplantationsmedizin (ausgenommen der Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) werden zusätzlich zu den Kriterien zur Unter- und Überdokumentation die folgenden Auffälligkeitskriterien angewendet:

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

Tabelle 38: AKs in den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren

Auffälligkeitskriterium	Indikatorer- gebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	angeforder- teStellung- nahmen	Fehlerhafte/ unvollzählige Dokumentation (A40, A99)
Unterdokumentation	181	17	17	15
Überdokumentation	180	4	4	4
Dokumentationsrate 1- Jahres-Follow-up	138	14	14	14
Dokumentationsrate 2- Jahres-Follow-up	138	15	15	13
Dokumentationsrate 3- Jahres-Follow-up	139	12	12	12
Häufige Angabe eines unbekannten Überle- bensstatus im 1-Jahres- Follow-up	99	0	0	0
Häufige Angabe eines unbekannten Überle- bensstatus im 2-Jahres- Follow-up	99	2	2	1
Häufige Angabe eines unbekannten Überle- bensstatus im 3-Jahres- Follow-up	100	4	4	2

Bei den Dokumentationsraten im Follow-up kann es zu Überschneidungen mit rechnerischen Auffälligkeiten in den sogenannten Worst-Case-Indikatoren kommen. Bei Letzteren wird eine fehlende Dokumentation im Follow-up so interpretiert, dass es keinen Hinweis gibt, dass die Patientin oder der Patient komplikationsfrei überlebt hat, weshalb eine schwere Komplikation bzw. der Tod der Patientin oder des Patienten angenommen wird (Worst Case). Fehlende Dokumentationen führen daher zu gleichzeitigen Auffälligkeiten in den Worst-Case-Indikatoren und werden daher auf der Dokumentationsseite nur mit Hinweisen adressiert. Der Strukturierte Dialog wird zu den Worst-Case-Indikatoren geführt.

Unterdokumentation

Eine rechnerische Auffälligkeit aufgrund von Unterdokumentation wiesen insgesamt 17 Standorte aus den QS-Verfahren *Lebertransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation, Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* auf. In 88,2 % der angeforderten Stellungnahmen (n = 17) wurde die unvollzählige

Dokumentation bestätigt (n = 15). Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte bezüglich Unterdokumentation ist im Vergleich zum EJ 2015 relativ konstant (n = 15) und im Vergleich zum EJ 2014 (n = 5) gestiegen.

Überdokumentation

Eine rechnerische Überdokumentation wiesen vier Krankenhausstandorte auf (EJ 2015: n = 1). In den vier angeforderten Stellungnahmen wurde viermal eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt.

Dokumentationsrate 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up

In jeweils 10 % der Indikatorergebnisse gab es rechnerische Auffälligkeiten bei den Dokumentationsraten (1-Jahres-Follow-up: n = 14, 2-Jahres-Follow-up: n = 15, 3-Jahres-Follow-up: n = 12). In den angeforderten Stellungnahmen wurde bis auf zwei Fälle, in denen eine korrekte Dokumentation vorlag (U30), eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt (Tabelle 38).

Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus

Im 1-Jahres-Follow-up gab es im EJ 2016 keine rechnerischen Auffälligkeiten bezüglich eines unbekanntes Überlebensstatus.

Beim 2- und 3-Jahres-Follow-up waren 2 von 99 (2 %) bzw. 4 von 100 (4 %) Standorten rechnerisch auffällig aufgrund der häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus. In den angeforderten Stellungnahmen stellte sich heraus, dass in 50 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 3) eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt wurde. In den anderen 50 % der rechnerischen Auffälligkeiten konnten diese nicht bewertet werden, da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen war (S91).

Ergebnisse zur Vollständigkeit in den Zählleistungsbereichen – Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

Die Zählleistungsbereiche Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen werden über einen gemeinsamen Datensatz/Bogen erfasst; daher wird die Vollständigkeit für das QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* sowie für die beiden Zählleistungsbereiche überprüft.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und bestätigten Fehldokumentationen in den AKs zur Unter- und Überdokumentation bei den Herztransplantationen ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2015 konstant geblieben. Insgesamt drei Krankenhausstandorte waren wiederholt rechnerisch auffällig. Die rechnerischen Auffälligkeiten dieser drei Krankenhausstandorte wurden als Sonstiges (S90, S91 oder S99) bewertet (Tabelle 39).

Tabelle 39: Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Herztransplantation/Kunstherzen

	AK-ID 850239	AK-ID 850240	AK-ID 850249	AK-ID 850250
Referenzbereiche	≥ 100 %	≤ 110 %	≥ 100 %	≤ 110 %
Indikatorergebnisse	23	23	53	53
Ergebnisse				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	1	7	2
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1	0	2	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0
Maßnahmen				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	0	0	0	0
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0
Bewertungen				
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	0
unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0	0
Sonstiges [S99, S90, S91]	2	1	7	2
Wiederholte Auffälligkeiten				
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0

Anmerkungen:

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

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

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

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

5.6 Erkenntnisse zu Gründen der Unter- und Überdokumentation

Als konkrete Gründe für **Unterdokumentation** wurden folgende Punkte im Strukturierten Dialog identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
 - Personelle Umstrukturierungen in den Krankenhausstandorten
 - Personelle Engpässe
 - Prozessprobleme durch mangelhafte Vertretungs-/Einarbeitungsregelung mit der Folge des Überschreitens der Daten-Abgabefrist
 - individuelle Fehlleistungen bei der Erfassung von QS-Daten vor Ort und/oder beim Datenexport
 - Unkenntnis der Verpflichtung zur Teilnahme (Geburtshilfeklinik bzgl. NEO-Datensätzen)
 - Kommunikationsprobleme/Organisationsverschulden zwischen Controlling (Sollstellung) und medizinischer Fachabteilung (Dokumentation)
 - Prozessfehler durch Umstrukturierungen (z. B. Fusionierung von Standorten und/oder Abteilungen)
- Softwareprobleme
 - Allgemeine Softwarefehler
 - Softwarewechsel (z. B. KIS-Wechsel)
 - fehlerhafte Sollstatistik (falsch hohe Zahlen durch z. B. unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konformitätserklärung)
 - Schnittstellenproblem zwischen QS-Filter-Auslösung und Datensatzanlage (technisch oder menschlich bedingt, da keine inhaltlichen Vorgaben für eine Schnittstelle über eine „Bundes“-Spezifikation existieren)
 - Einführung von Zählleistungsbereichen, deren Soll zwar retrospektiv ausgewiesen, deren Dokumentationspflicht dem Dokumentierenden im Krankenhaus jedoch nicht prozessbegleitend angezeigt wurde
 - benutzerunfreundliche Software oder unbefriedigender Support durch den Hersteller
- fehlerhafte Dokumentation

Eine LQS gab an, dass die Krankenhäuser bei deutlicher Unterdokumentation zur Nachlieferung aufgefordert wurden und Sonderauswertungen außerhalb der regulären Verfahrensregelungen durchgeführt wurden.

Als Gründe für **Überdokumentationen** wurden folgende Punkte identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
 - Umkodierung nach Nichtbestätigung der zur Einweisung führenden Verdachtsdiagnose oder Fehlbelegungsprüfung durch MDK ohne Stornierung der übermittelten Datensätze
- Softwareprobleme

- fehlerhafte Sollstatistik (zu niedrige Zahlen durch z. B. unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung)
- bei Fallzusammenführungen wurden übermittelte Datensätze nicht storniert
- fehlerhafte Dokumentation

6 Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zum EJ 2016 wurden zeitgleich zur Datenvalidierung über alle QS-Verfahren hinweg 12.683 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren bearbeitet (Tabelle 40). Der prozentuale Anteil bezieht sich jeweils auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten. Bei der Versendung von Hinweisen ist eine Klärung der Ursachen der rechnerischen Auffälligkeiten und somit eine Einstufung der Ergebnisse nicht möglich. Da jedes Jahr knapp 40 % Hinweise bei rechnerischen Auffälligkeiten versendet wurden, kann der tatsächliche Anteil an Dokumentationsproblemen (gemessen am Anteil der Einstufungen D50, D51, D99, U33 an den angeforderten Stellungnahmen) nicht vollständig beurteilt werden.

Tabelle 40: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren (alle QS-Verfahren): Dokumentationsprobleme im EJ 2014 bis EJ 2016.

	EJ 2016	EJ 2015	EJ 2014
	Anzahl (Anteil)	Anzahl (Anteil)	Anzahl (Anteil)
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	12.683 (100 %)	15.858 (100 %)	16.428 (100 %)
Maßnahmen			
Keine Maßnahmen	76 (0,6 %)	94 (0,6 %)	132 (0,8 %)
Hinweise	4.997 (39,4 %)	5.965 (37,6 %)	6.691 (40,7 %)
Stellungnahmen	7.607 (60,0 %)	9.797 (61,8 %)	9.600 (58,4 %)
Sonstiges	3 (0,02 %)	3 (0,02 %)	5 (0,03 %)
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechungen	275 (2,2 %)	282 (1,8 %)	282 (1,7 %)
Begehungen	13 (0,1 %)	19 (0,1 %)	60 (0,4 %)
Zielvereinbarungen	742 (5,9 %)	1.121 (7,1 %)	794 (4,8 %)
Einstufungen			
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	4.750 (37,5 %)	6.021 (38 %)	6.291 (38,3 %)
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.611 (12,7 %)	1.761 (11,1 %)	1.687 (10,3 %)
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	961 (7,6 %)	1.655 (10,4 %)	1.434 (8,7 %)
Sonstiges [S90/S91/S99]	381 (3,0 %)	482 (3,0 %)	356 (2,2 %)
Detaillierte Einstufungen (Dokumentationsqualität)			
Qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel d. med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) [U33]	962 (7,6 %)	1.178 (7,4 %)	1.160 (7,1 %)
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation [D50]	918 (7,2 %)	1.537 (9,7 %)	1.313 (8,0 %)

	EJ 2016	EJ 2015	EJ 2014
	Anzahl (Anteil)	Anzahl (Anteil)	Anzahl (Anteil)
Bewertung nicht möglich wg. Fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	12 (0,1 %)	56 (0,4 %)	55 (0,3 %)
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	31 (0,2 %)	62 (0,4 %)	66 (0,4 %)

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich, dass der Anteil der mit D50, D51 und D99 bewerteten Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren über alle QS-Verfahren hinweg zwischen 7,6 % (EJ 2016) und 10,4 % (EJ 2015) lag. Der Anteil der Bewertungskategorie U33 liegt konstant zwischen 7,1 % und 7,6 %. Der Anteil der angeforderten Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren lag konstant um die 60 % über die vergangenen drei Jahre (EJ 2016: 60,0 %; EJ 2015: 61,8 %; EJ 2014: 58,4 %). Beim Vergleich mit den Vorjahreszahlen ist zu berücksichtigen, dass durch die Aussetzung und Neueinführung von QS-Verfahren sowie das Streichen und Neueinführen von Qualitätsindikatoren die Zahl der QIs von den Jahren EJ 2014 bis EJ 2016 kontinuierlich abgenommen hat (EJ 2016 n = 219 QIs; EJ 2015 n = 351 QIs; EJ 2014 n = 393 QIs).

Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren nach Versorgungsbereichen

In fast allen QS-Verfahren ist der Anteil der Bewertungen D50, D51, D99 und U33 an den rechnerischen Auffälligkeiten in den Jahren 2014 bis 2016 gesunken (Tabelle 41). Lag beispielsweise der Anteil der fehlerhaften Dokumentationsbewertungen (D50, D51, D99 oder U33) im QS-Verfahren NEO im Erfassungsjahr 2014 bei 32,2 % (101 von 314 rechnerischen Auffälligkeiten), betrug er im EJ 2015 24,9 % (88/354) und im EJ 2016 nur noch 7,5 % (20/265). In diesem QS-Verfahren sank sowohl die Anzahl der Bewertungen D50, D51, D99 oder U33 als auch die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten. Ein verringerter Anteil an Bewertungen D50, D51, D99 oder U33 könnte sowohl auf eine verbesserte Dokumentation in den Krankenhäusern (ggf. auch bedingt durch eine verbesserte Spezifikation) oder auf eine Verschiebung der Bewertungsschemata im Strukturierten Dialog hinweisen. So könnte z. B. ein bestimmter Sachverhalt im Laufe der Zeit von den bewertenden Stellen milder interpretiert und eingestuft werden.

Tabelle 41: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren – nach Versorgungsbereichen

Auswertungsmodule	Anteil der Bewertungen D50, D51, D99 und U33 an den rechnerischen Auffälligkeiten (Anzahl/Gesamt)		
	EJ 2016	EJ 2015	EJ 2014
09n1-HSM-IMPL	6,3 % (97/1534)	7,0 % (58/828)	4,9 % (43/872)
09n2-HSM-AGGW	5,8 % (14/240)	15,6 % (81/519)	16,1 % (96/595)
09n3-HSM-REV	0 % (0/146)	5,2 % (23/444)	1,7 % (8/462)
09n4-DEFI-IMPL	3,8 % (20/523)	15,5 % (79/510)	11,5 % (70/608)
09n5-DEFI-AGGW	3,8 % (5/133)	13,8 % (20/145)	15,1 % (28/185)
09n6-DEFI-REV	0 % (0/282)	3,1 % (9/289)	5,4 % (19/355)
HEP	8,1 % (184/2268)	18,5 % (577/3114)	21,8 % (239/1097)
KEP	9,3 % (95/1019)	28,6 % (400/1397)	16,1 % (106/660)
17n1-HÜFTFRAK	2,6 % (35/1357)	5,2 % (76/1468)	12,4 % (167/1348)
16n1-GEBH	11,7 % (52/444)	25,8 % (142/551)	29,2 % (180/617)
NEO	7,5 % (20/265)	24,9 % (88/354)	32,2 % (101/314)
18n1-MAMMA	8,2 % (58/706)	15,2 % (142/932)	27,5 % (192/698)
15n1-GYN-OP	8,0 % (75/941)	20,2 % (199/985)	19,5 % (33/169)
DEK	14,3 % (92/644)	33,0 % (233/705)	40,3 % (288/714)
10n2-KAROT	4,5 % (12/268)	20,7 % (72/347)	16,6 % (37/223)
PNEU	9,7 % (142/1461)	21,9 % (411/1881)	20,1 % (561/2788)
PCI	-	15,6 % (159/1016)	17,7 % (151/854)
HCH-KCH	0 % (0/12)	11,1 % (3/27)	9,1 % (2/22)
HCH-AORT-CHIR	0 % (0/18)	11,1 % (2/18)	11,8 % (2/17)
HCH-AORT-KATH	5,1 % (2/39)	11,3 % (6/53)	8,1 % (7/86)
HCH-KOMB	5,3 % (1/19)	12,5 % (2/16)	6,7 % (1/15)
LTX	11,4 % (4/35)	3,8 % (1/26)	3,8 % (1/26)
LUTX	4,2 % (2/48)	0 % (0/25)	0 % (0/19)
PNTX	14,6 % (7/48)	- *	18,2 % (6/33)
NTX	30,8 % (12/39)	31,6 % (12/38)	2,4 % (1/42)
HTXM-TX	0 % (0/73)	0 % (0/38)	0 % (0/37)
HTXM-MKU	28,4 % (19/67)	4,5 % (3/66)	-
NLS	40,0 % (12/30)	53,7 % (29/54)	63,9 % (39/61)
LLS	6,7 % (1/15)	50,0 % (6/12)	58,3 % (7/12)

Die Ergebnisse des QS-Verfahrens *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* werden aufgrund sehr geringer Fallzahlen kumuliert über zwei Jahre dargestellt. Die Darstellung erfolgte im Jahr 2017 zu den EJ 2015 und 2016.

7 Fazit und Ausblick

Vorgehen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität

Im Erfassungsjahr 2016 wurden bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bei 1.406 rechnerischen Auffälligkeiten insgesamt 409 Hinweise (28,9 %) verschickt. Bei den Krankenhausstandorten, die nur über einen schriftlichen Hinweis über mögliche Dokumentationsdefizite informiert wurden, kann nicht bewertet werden, ob den rechnerischen Auffälligkeiten tatsächlich eine defizitäre Dokumentationsqualität zugrunde lag. Im Vergleich zu den Qualitätsindikatoren ist der Anteil der eingesetzten weiterführenden Maßnahmen bezüglich der festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien eher gering. Bei den Qualitätsindikatoren wurden im EJ 2016 bei 12.683 rechnerischen Auffälligkeiten insgesamt 1.030 weiterführende Maßnahmen des Strukturierten Dialogs (Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung) eingeleitet (8,1 %). Bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit wurden 3 weiterführende Maßnahmen bei 1.406 rechnerischen Auffälligkeiten (0,2 %) bzw. 1.000 Stellungnahmen (0,3 %) durchgeführt.

Hinsichtlich der Handhabung des Strukturierten Dialogs zeigen sich Unterschiede zwischen den bewertenden Stellen auf Bundesland- bzw. Bundesebene. So schwankt der Anteil angeforderter Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit zwischen minimal 31,8 % und maximal 100 % zwischen den Bundesländern. Beim Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit liegt die Spanne zwischen 11,8 % und 100 %.

Erkenntnisse der Datenvalidierung

Durch die im Rahmen der Datenvalidierung gewonnenen Erkenntnisse können im Rahmen der Verfahrenspflege Verbesserung an den QS-Dokumentationsbögen und Ausfüllhinweisen vorgenommen werden. Zudem werden Krankenhausstandorte mit Dokumentationsproblemen für die Notwendigkeit einer korrekten und vollzähligen Dokumentation sensibilisiert.

Der Anteil bestätigter Fehldokumentationen an den Stellungnahmen ist bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2016: 68,0 %; EJ 2015: 63,2 %; EJ 2014: 50,0 %). Auch bei den Qualitätsindikatoren ist der Anteil der Bewertungen mit D50, D51 oder D99 an den Stellungnahmen über die letzten drei Jahre relativ konstant geblieben (EJ 2016: 12,6 %; EJ 2015: 16,9 %; EJ 2014: 14,9 %). In Bezug auf die AKs zur Vollständigkeit ist der Anteil bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs zur Unterdokumentation (EJ 2016: 84,4 %; EJ 2015: 77,8 %; EJ 2014: 83,0 %), Überdokumentation (EJ 2016: 77,9 %; EJ 2015: 92,0 %; EJ 2014: 79,8 %) sowie zum Minimaldatensatz (EJ 2016: 41,3 %; EJ 2015: 42,5 %; EJ 2014: 23,8 %) über die letzten drei Jahre relativ konstant geblieben.

Eine Weiterentwicklung des Datenvalidierungsverfahrens für die QSKH-RL ist aktuell vom G-BA an das IQTIG beauftragt worden. Insbesondere für die regulativen Verfahren, welche nach derzeitigem Stand auf die QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung zurückgreifen, ist eine gute Dokumentationsqualität der Leistungserbringer von Bedeutung.

Zukünftige Änderungen

Für die umfassende Datenvalidierung 2018 (Erfassungsjahr 2017) wurden vom Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (UA QS) auf Empfehlung des IQTIG zwei indirekte sowie ein direktes QS-Verfahren ausgewählt: Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wird in den QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*, *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* und *Herzchirurgie* stattfinden. Neue Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität hat der UA QS bereits auf Empfehlung des IQTIG für das QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* beschlossen.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative	Rechnerische Auffälligkeit, die in einem qualitativen Beurteilungsprozess (z. B. Strukturierter Dialog) als Qualitätsproblem einer Einrichtung klassifiziert wurde.
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
Bundesdatenpool	Alle bundesweit dokumentierten QS-Daten, die zentral in einer Datenbank zusammengeführt wurden.
Bundesfachgruppen	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
Datenfeld	Kleinste Informationseinheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
Datensatz	Hier: Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Dokumentationsqualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines QS-Verfahrens, die durch die Größen Korrektheit (Übereinstimmung mit den Daten der Patientenakte), Vollständigkeit (einzelner Datensätze) und Vollzähligkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Dokumentationsrate	Das Verhältnis dokumentierter Fälle im Verhältnis zu allen dokumentationspflichtigen Fällen. Siehe auch: Vollzähligkeit.
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z. B. in einem bestimmten medizinischen Leistungsbereich eines Krankenhauses.
Follow-up	auch: Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Messung von relevanten Prozess- und insbesondere Ergebnisdaten bei Patientinnen und Patienten zu einem Zeitpunkt, der einer Primärintervention mittelfristig und langfristig folgt. Meist werden feste Zeitintervalle für das Follow-up vorgegeben. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
Geschichtete Stichprobe	Bei einer geschichteten Stichprobe wird die Grundgesamtheit (z. B. „alle Krankenhausstandorte“) zunächst unterteilt in Schichten (z. B. Bundesländer). Aus jeder gebildeten Schicht (z. B. Bundesländer) werden dann Zufallsstichproben (z. B. von Krankenhausstandorten) gezogen

Begriff	Erläuterung
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die Patientinnen und Patienten behandeln oder andere medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. § 108 SGB V genutzt.
Minimaldatensatz	Wenn in der klinischen Praxis Konstellationen auftreten, in denen ein Fall durch den QS-Filter ausgelöst wird, obwohl der Datensatz des entsprechenden QS-Verfahrens nicht für die Dokumentation geeignet ist, kann ein Ersatzdatensatz mit minimalen Angaben ausgefüllt werden.
QS-Verfahren	Vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten, sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben oder genutzt – und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung.
QS-Filter	Algorithmus, der auf Grundlage festgelegter Kriterien die für die Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer zu dokumentierenden Patienten und deren Daten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
Rechenregeln	hier: Regeln zur Berechnung von Qualitätsindikatoren oder Auffälligkeitskriterien oder Kennzahlen
Referenzbereich	Gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich.
Risikoadjustierung	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße. Um einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen zu erhalten, werden Merkmale der behandelten Patientinnen und Patienten bei der Berechnung berücksichtigt.
Sentinel Event	Sehr seltene und/oder schwerwiegende medizinische Ereignisse (z. B. Todesfälle während eines Routineeingriffs). In der Qualitätssicherung zeigt ein Sentinel-Event-Indikator Vorkommnisse an, denen in jedem Einzelfall nachgegangen werden muss.

Begriff	Erläuterung
Sollstatistik	Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen, die vom Krankenhaus durch eine Konformitätserklärung schriftlich bestätigt wird. Sie gibt die zu erwartende Anzahl von Fällen in den einzelnen QS-Verfahren (Soll) an und bildet zusammen mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist) die Grundlage der Vollzähligkeitsprüfung.
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z. B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist.
Strukturierter Dialog	<p>Strukturiertes Verfahren, um rechnerisch auffällige Ergebnisse durch Rückmeldungen des betroffenen Leistungserbringers danach bewerten zu können, ob ein Qualitätsmangel vorliegt oder nicht. Weiterhin kann im Strukturierten Dialog eine Einrichtung bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt werden.</p> <p>Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators oder eines Auffälligkeitskriteriums.</p>
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Vollzähligkeitsprüfung	Abgleich der zu erwartenden Anzahl von Fällen in einem QS-Verfahren (Soll) mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist). Die Soll-Anzahl wird in den derzeitigen QSKH-Verfahren durch die QS-Filter-Software dokumentiert.