



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Bericht zur Datenvalidierung 2020 (nach QSKH-RL)**

Erfassungsjahr 2019

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. August 2021

---

# Impressum

**Thema:**

Bericht zur Datenvalidierung 2020 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2019

**Ansprechpartnerin:**

Anna Maria Steinmann

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

31. August 2021

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	9
Abkürzungsverzeichnis.....	11
Zusammenfassung .....	12
1 Einleitung.....	19
2 Methodik .....	21
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	22
2.1.1 Statistische Basisprüfung (§ 9 Abs. 2 QSKH-RL) .....	22
2.1.2 Durchführung der Statistischen Basisprüfung .....	24
2.1.3 Bewertung der Datenvalidität bei den Auffälligkeitskriterien .....	25
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und gezielter Datenabgleich .....	26
3 Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung.....	27
3.1 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	27
Indirekte QS-Verfahren .....	28
3.1.1 Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL).....	36
3.1.2 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV) .....	38
3.1.3 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09n4-DEFI-IMPL) .....	39
3.1.4 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6-DEFI-REV) .....	40
3.1.5 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT) .....	42
3.1.6 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP).....	43
3.1.7 Mammachirurgie (18n1-MAMMA) .....	44
3.1.8 Geburtshilfe (16n1-GEBH).....	46
3.1.9 Neonatologie (NEO) .....	48
3.1.10 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK) .....	50
3.1.11 Hüftendoprothesenversorgung (HEP).....	52
3.1.12 Knieendoprothesenversorgung (KEP) .....	54
3.1.13 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK).....	57
3.1.14 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) .....	59

Direkte QS-Verfahren .....	62
Herzchirurgie .....	67
3.1.15 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH) .....	67
3.1.16 Aortenklappenchirurgie, isoliert .....	68
3.1.17 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB) .....	70
Transplantationsmedizin .....	71
3.1.18 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme .....	72
3.1.19 Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation (LUTX) .....	74
3.1.20 Lebertransplantation (LTX) .....	75
3.1.21 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D) .....	76
3.2 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit .....	78
Indirekte QS-Verfahren .....	81
3.2.1 Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL) .....	89
3.2.2 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW) .....	90
3.2.3 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM- REV) .....	92
3.2.4 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09n4-DEFI-IMPL) .....	93
3.2.5 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW) .....	94
3.2.6 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6-DEFI-REV) .....	96
3.2.7 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT) .....	97
3.2.8 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP) .....	99
3.2.9 Mammachirurgie (18n1-MAMMA) .....	100
3.2.10 Geburtshilfe (16n1-GEBH) .....	101
3.2.11 Neonatologie (NEO) .....	102
3.2.12 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1- HÜFT-FRAK) .....	103
3.2.13 Hüftendoprothesenversorgung (HEP) .....	104
3.2.14 Knieendoprothesenversorgung (KEP) .....	108
3.2.15 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK) .....	111
3.2.16 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) .....	112
Direkte QS-Verfahren .....	115

Herzchirurgie .....	121
3.2.17 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) HCH-AORT-KATH.....	122
3.2.18 Herzchirurgie (HCH-D).....	123
Transplantationsmedizin .....	124
3.2.19 Herztransplantation (HTXM-TX).....	125
3.2.20 Herzunterstützungssysteme/Kunsterzen (HTXM-MKU) .....	126
3.2.21 Lungen- und Herzlungentransplantation (LUTX).....	128
3.2.22 Lebertransplantation (LTX).....	129
3.2.23 Leberlebendspende (LLS) .....	131
3.2.24 Nierenlebendspende (NLS) .....	133
3.2.25 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D) .....	134
Literatur.....	137

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2019.....	12
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2019 .....	16
Tabelle 3: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität .....	25
Tabelle 4: Alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, bei denen Standorte wiederholt rechnerisch auffällig wurden und die wiederholt bestätigte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen.....	35
Tabelle 5: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL.....	37
Tabelle 6: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV .....	38
Tabelle 7: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL.....	40
Tabelle 8: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV.....	41
Tabelle 9: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT.....	42
Tabelle 10: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP.....	43
Tabelle 11: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA.....	45
Tabelle 12: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH.....	47
Tabelle 13: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul NEO.....	49
Tabelle 14: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK .....	51
Tabelle 15: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HEP.....	53
Tabelle 16: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul KEP.....	56
Tabelle 17: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul DEK.....	58
Tabelle 18: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNEU .....	60
Tabelle 19: Alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren, bei denen Standorte wiederholt rechnerisch auffällig wurden und die wiederholt bestätigte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen.....	67

Tabelle 20: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KCH .....	68
Tabelle 21: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH.....	69
Tabelle 22: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-CHIR.....	70
Tabelle 23: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KOMB .....	71
Tabelle 24: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX.....	72
Tabelle 25: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTX-MKU .....	73
Tabelle 26: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LUTX.....	74
Tabelle 27: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LTX .....	75
Tabelle 28: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNTX-D.....	76
Tabelle 29: Auswertungen des Strukturierten Dialogs differenziert nach den drei Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren insgesamt .....	83
Tabelle 30: Alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren, bei denen Standorte wiederholt rechnerisch auffällig wurden und die wiederholt bestätigte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen .....	87
Tabelle 31: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL.....	89
Tabelle 32: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW .....	91
Tabelle 33: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV.....	92
Tabelle 34: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL .....	94
Tabelle 35: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n5-DEFI-AGGW .....	95
Tabelle 36: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV .....	96
Tabelle 37: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT .....	98
Tabelle 38: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP .....	99
Tabelle 39: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA .....	100

Tabelle 40: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH .....	101
Tabelle 41: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NEO .....	102
Tabelle 42: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK.....	103
Tabelle 43: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP .....	106
Tabelle 44: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP (Zählleistungsbereiche) .....	107
Tabelle 45: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP .....	109
Tabelle 46: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP (Zählleistungsbereiche).....	110
Tabelle 47: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul DEK.....	111
Tabelle 48: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul PNEU .....	113
Tabelle 49: Auswertungen des Strukturierten Dialogs differenziert nach den vier Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren insgesamt .....	117
Tabelle 50: Alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren, bei denen Standorte wiederholt rechnerisch auffällig wurden und die wiederholt bestätigte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen .....	121
Tabelle 51: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH .....	122
Tabelle 52: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HCH-D.....	123
Tabelle 53: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX .....	125
Tabelle 54: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-MKU .....	127
Tabelle 55: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LUTX .....	128
Tabelle 56: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LTX.....	130
Tabelle 57: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LLS .....	132
Tabelle 58: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NLS .....	133
Tabelle 59: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul PNTX-D .....	135

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL .....	22
Abbildung 2: Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019.....	28
Abbildung 3: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019.....	29
Abbildung 4: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019.....	31
Abbildung 5: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019.....	32
Abbildung 6: Anteil der Standorte mit fehlerhaften Dokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen für Auffälligkeitskriterien, bei denen höchstens 10 Stellungnahmen angefordert wurden, weil höchstens 10 rechnerische Auffälligkeiten vorlagen.....	34
Abbildung 7: Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019.....	62
Abbildung 8: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019.....	63
Abbildung 9: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019.....	65
Abbildung 10: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019.....	66
Abbildung 11: Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019 .....	81
Abbildung 12: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019 .....	82
Abbildung 13: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019.....	85
Abbildung 14: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation	

an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren.....	86
Abbildung 15: Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019 .....	115
Abbildung 16: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019 .....	116
Abbildung 17: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019.....	119
Abbildung 18: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019 .....	120

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums
ASA	American Society of Anesthesiologists
COVID-19	Coronavirus disease 2019
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
LQS	Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung
MDS	Minimaldatensatz
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SGB	Sozialgesetzbuch

## Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der im Jahr 2020 durchgeführten Datenvalidierung zum Erfassungsjahr (EJ) 2019 für die Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) der externen stationären Qualitätssicherung dargestellt. Die Ergebnisse zum Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 QSKH-RL beziehen sich dabei lediglich auf die Statistische Basisprüfung.

Hintergrund sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2020 erlassene befristete Sonderregelungen als Reaktion auf die durch die COVID-19-Pandemie verursachten besonderen Umstände für das Erfassungsjahr 2019 (G-BA 2020b).

Im Rahmen der Statistischen Basisprüfung wurde für alle datenliefernden Leistungserbringer die Validität der übermittelten QS-Daten geprüft und bei Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog überprüft. Dabei wurden die Ergebnisse von insgesamt 65 Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit und 89 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zum Erfassungsjahr 2019 analysiert und bewertet.

### Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung (Strukturierter Dialog zu den Auffälligkeitskriterien insgesamt)

Im Erfassungsjahr 2019 lieferten insgesamt 2.404 Krankenhausstandorte Daten für die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und für die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Davon wiesen 993 Standorte rechnerische Auffälligkeiten auf.

Zusammen traten bei allen Standorten 2.240 rechnerische Auffälligkeiten auf (Tabelle 1). Für insgesamt 945 rechnerische Auffälligkeiten (42,2 %) wurden Hinweise an die entsprechenden Standorte verschickt und für 5 rechnerische Auffälligkeiten (0,2 %) keine Maßnahmen ergriffen. Zu den übrigen 1.290 (57,6 %) rechnerischen Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen angefordert.

*Tabelle 1: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2019*

	AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (Anzahl und Anteil)	AKs zur Vollzähligkeit (Anzahl und Anteil)	Gesamt (Anzahl und Anteil)
Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien*	38.885	51.624	90.509
Datenliefernde Standorte**	2.234	1.914	2.404 (100 %)
Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	769	479	993
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1.294 (57,8 %)	946 (42,2 %)	2.240 (100 %)

	<b>AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (Anzahl und Anteil)</b>	<b>AKs zur Vollständigkeit (Anzahl und Anteil)</b>	<b>Gesamt (Anzahl und Anteil)</b>
(Der Anteil bezieht sich auf 100 % der rechnerischen Auffälligkeiten.)			
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2018 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2019.)	179 (13,8 %)	119 (12,6 %)	298 (13,3 %)
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2018 und EJ 2017 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2019.)	42 (3,2 %)	55 (5,8 %)	97 (4,3 %)
<b>Maßnahmen</b> (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten.)			
Keine Maßnahme ergriffen [S90]	4 (0,3 %)	1 (0,1 %)	5 (0,2 %)
Hinweise verschickt	420 (32,5 %)	525 (55,5 %)	945 (42,2 %)
Stellungnahmen angefordert	870 (67,2 %)	420 (44,4 %)	1.290 (57,6 %)
<b>Weiterführende Maßnahmen</b> (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen.)			
Besprechung	3 (0,3 %)	0 (-)	3 (0,2 %)
Begehung	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Zielvereinbarung	30 (3,4 %)	3 (0,7 %)	33 (2,6 %)
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b> (Der Anteil bezieht sich auf die Stellungnahmen.)			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	263 (30,2 %)	114 (27,1 %)	377 (29,2 %)
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	566 (65,1 %)	197 (46,9 %)	763 (59,1 %)
Sonstiges [S91, S99]	41 (4,7 %)	109 (26,0 %)	150 (11,6 %)
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentation</b> (Der Anteil bezieht sich auf die fehlerhaften Dokumentationen.)			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	67 (11,8 %)	19 (9,6 %)	86 (11,3 %)
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	10 (1,8 %)	7 (3,6 %)	17 (2,2 %)

\* Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien: Anzahl der AKs, die aufgrund der Datenlieferung der Standorte berechnet werden konnten.

\*\* Es gab insgesamt 2.404 datenliefernde Standorte, die rechnerisch auffällig oder unauffällig waren. Standorte können für mehrere Auffälligkeitskriterien Daten geliefert haben.

## **Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit**

Im Erfassungsjahr 2019 wurden 65 verfahrensbezogene Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit geprüft und insgesamt 1.294 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt (Tabelle 1). In 32,5 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise verschickt (n = 420), so dass nicht beurteilt werden kann, ob es sich hierbei um Dokumentationsfehler handelte. Von den 67,2 % angeforderten Stellungnahmen (n = 870) wurde in 65,1 % eine fehlerhafte Dokumentation (n = 566) festgestellt. 67 fehlerhafte Dokumentationen wurden wiederholt bei gleichen Standorten in den gleichen Auffälligkeitskriterien seit dem Erfassungsjahr 2018 und 10 seit dem Erfassungsjahr 2017 festgestellt.

### **Indirekte QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule**

Für die indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wurden 47 Auffälligkeitskriterien überprüft und 1.276 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt lagen 173 rechnerische Auffälligkeiten bei Standorten im gleichen AK bereits im Vorjahr (EJ 2018) und 41 bereits seit dem Vorvorjahr (EJ 2017) vor.

Insgesamt wurde bei den indirekten Verfahren 420-mal (32,5 %) ein Hinweis verschickt und 852-mal (66,8 %) um eine Stellungnahme gebeten. 4-mal (0,3 %) erfolgten keine Maßnahmen [S90]. Es erfolgten insgesamt 3 Besprechungen, 30 Zielvereinbarungen, jedoch keine Begehungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 255-mal (29,9 %) als korrekt [U30, U99] und 556-mal (65,3 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 41 Stellungnahmen wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] (4,8 %) vergeben.

Bezüglich der Anteile der rechnerischen Auffälligkeiten wird deutlich, dass das AK 850148 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK (Abschnitt 3.1.10) mit 56,7 % den größten Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten im Vergleich zu den anderen AKs abbildet. Dies ist allerdings auch das AK, zu dem die wenigsten Standorte Daten geliefert haben (rechnerisch auffällig: n = 34 zu n = 60 datenliefernden Standorten). Mit einem Anteil von 11,6 % rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten lag im neuen AK 851912 des Auswertungsmoduls 15n1-GYN-OP (Abschnitt 3.1.6) der höchste absolute Wert für rechnerische Auffälligkeiten (n = 123) unter allen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten Verfahren vor, gefolgt vom AK 850359 des Auswertungsmoduls DEK (n = 64) (Abschnitt 3.1.13) vor.

Wiederholt rechnerisch auffällig waren Standorte am häufigsten im AK 811822 im Auswertungsmodul PNEU (Abschnitt 3.1.14). Von 62 auffälligen Standorten im Erfassungsjahr 2019 waren 18 bereits im Erfassungsjahr 2018 und 7 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Im AK 850359 des Auswertungsmoduls DEK wurden Standorte hingegen am häufigsten als wiederholt fehlerhaft dokumentierend über drei Jahre in Folge bewertet.

### **Direkte QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule**

Für die direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wurden 18 Auffälligkeitskriterien überprüft und 18 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt traten 6 aller rechnerischen

Auffälligkeiten wiederholt bei gleichen Standorten in den gleichen Auffälligkeitskriterien im Vorjahr (EJ 2018) und eine bereits seit dem Vorvorjahr (EJ 2017) auf. Bei allen Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Es erfolgten keine weiteren Maßnahmen wie Besprechungen, Begehungen oder Zielvereinbarungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 8-mal (44,4 %) als korrekt [U30, U99] und 10-mal (55,5 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft.

Im Vergleich unter allen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule waren Standorte im Auswertungsmodul HTXM-MKU prozentual häufiger rechnerisch auffällig. In den Auswertungsmodulen PNTX-D und HTXM-TX lagen in keinem geprüften Auffälligkeitskriterium rechnerische Auffälligkeiten vor.

### **Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit**

Im Erfassungsjahr 2019 wurden 89 verfahrensbezogene Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit geprüft und insgesamt 946 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt (*Tabelle 1*). Der Anteil an versandten Hinweisen lag mit 55,5 % (n = 525) bei den AKs zur Vollzähligkeit um 23 % höher im Vergleich zum Versand von Hinweisen bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (n = 420). Von den in 44,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten angeforderten Stellungnahmen (n = 420) bestätigten 46,9 % eine fehlerhafte Dokumentation (n = 197). 19 fehlerhafte Dokumentationen erfolgten wiederholt von Standorten im gleichen AK seit dem Erfassungsjahr 2018 und 7 bereits seit dem Erfassungsjahr 2017.

Bezogen auf die unterschiedlichen Arten von Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit lagen im Erfassungsjahr 2019 643 rechnerische Auffälligkeiten in den AKs zur Unterdokumentation vor, 151 zur Überdokumentation und 85 in den AKs zum Minimaldatensatz (MDS) und 67 in Bezug auf die AKs zum Follow-up (*Tabelle 2*). Der Anteil der festgestellten zu wenig oder zu viel gelieferten Datensätze und damit fehlerhaften Dokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen liegt bei den AKs zur Unterdokumentation bei 43,6 %, bei den AKs zur Überdokumentation bei 77,1 %, bei den AKs zum MDS bei 24,1 % und bei den AKs zum Follow-up bei 46,3 %. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2018) ist der Anteil bestätigter fehlerhafter Dokumentationen für das AK zur Unterdokumentation um nahezu die Hälfte zurückgegangen. Zu diesem AK wurden mit 64,9 % die meisten Hinweise und damit doppelt so viele wie im Vorjahr versandt. Die Einstufung nach dem Strukturierten Dialog in die Kategorie „Sonstiges“ ist von 4,4 % (n = 14) im Erfassungsjahr 2018 auf 46,7 % (n = 105) im Erfassungsjahr 2019 gestiegen. Für Krankenhausstandorte, die im AK „Unterdokumentation GKV-Patientinnen und GKV-Patienten“ auffällig waren, lagen softwarebedingte technische Gründe vor. Ein Großteil der Einstufungen und versandten Hinweise ist wahrscheinlich genau darauf zurückzuführen. Für die AKs zum Follow-up wurden keine Hinweise verschickt.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule: Ergebnisse des EJ 2019

	AKs zur Unterdoku- mentation	AKs zur Überdoku- mentation	AKs zum Minimal- datensatz	AKs zum Follow-up
Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien*	13.703	22.081	15.413	427
Datenliefernde Standorte**	1.906	1.914	1.771	48
Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	341	102	81	21
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (Der Anteil bezieht sich auf 100 % der rechnerischen Auffälligkeiten zur Vollzähligkeit insgesamt.)	643 (68,0 %)	151 (16,0 %)	85 (9,0 %)	67 (7,1 %)
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2018 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2019.)	45 (7,0 %)	14 (9,3 %)	27 (31,8 %)	33 (49,3 %)
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2018 und EJ 2017 (Der Anteil bezieht sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2019.)	15 (2,3 %)	4 (2,6 %)	13 (15,3 %)	23 (34,3 %)
<b>Maßnahmen</b> (Der Anteil bezieht die rechnerischen Auffälligkeiten.)				
Keine Maßnahme ergriffen [S90]	1 (0,2 %)	0 (–)	0 (–)	0 (–)
Hinweise verschickt	417 (64,9 %)	81 (53,6 %)	27 (31,8 %)	0 (–)
Stellungnahmen angefordert	225 (35,0 %)	70 (46,4 %)	58 (68,2 %)	67 (100 %)
<b>Weiterführende Maßnahmen</b> (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen.)				
Besprechung	0 (–)	0 (–)	0 (–)	0 (–)
Begehung	0 (–)	0 (–)	0 (–)	0 (–)
Zielvereinbarung	0 (–)	2 (2,9 %)	1 (1,7 %)	0 (–)
<b>Bewertungen nach Strukturierem Dialog</b> (Der Anteil bezieht sich auf die Stellungnahmen.)				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	22 (9,8 %)	12 (17,1 %)	44 (75,9 %)	36 (53,7 %)
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	98 (43,6 %)	54 (77,1 %)	14 (24,1 %)	31 (46,3 %)
Sonstiges [S91, S99]	105 (46,7 %)	4 (5,7 %)	0 (–)	0 (–)
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentation</b> (Der Anteil bezieht sich auf die fehlerhaften Dokumentationen.)				
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	7 (7,1 %)	4 (7,4 %)	3 (21,4 %)	5 (16,1 %)
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	3 (3,1 %)	1 (1,9 %)	3 (21,4 %)	0 (–)

Hinweis: Zum EJ 2019 bestehen für die Kategorie „Unterdokumentation“ mit Ausnahme einer Unterdokumentation in der Risikostatistik (DEK) ausschließlich AKs zur Unterdokumentation in den Zählleistungsbereichen (HEP und KEP) und die Unterdokumentationen von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten.

**Indirekte QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule**

Für die indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wurden 50 Auffälligkeitskriterien überprüft und 841 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt lagen 86 rechnerische Auffälligkeiten bereits im Vorjahr (EJ 2018) und 32 wiederholt bei Standorten im gleichen AK seit dem Vorvorjahr (EJ 2017) vor. Insgesamt wurde bei indirekten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen 525-mal (62,4 %) ein Hinweis verschickt und 315-mal (37,5 %) um eine Stellungnahme gebeten. Einmal (0,1 %) erfolgte keine Maßnahme. Es erfolgten insgesamt 3 Zielvereinbarungen (0,4 %), aber keine Besprechungen und Begehungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 78-mal (24,8 %) als korrekt [U30, U99] und 129-mal (41,0 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 108 Stellungnahmen wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] vergeben (34,3 %).

Für 3 der 50 geprüften AKs lagen keine rechnerischen Auffälligkeiten vor, sodass kein Strukturierter Dialog ausgelöst wurde. Für 33 weitere AKs lag ein Anteil von unter 1 % vor und war damit sehr gering.

Im Durchschnitt wiesen 41,0 % der Standorte eine fehlerhafte Dokumentation bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen auf (n = 129/315). Für 13 von 50 AKs wurden nach jedem der durchgeführten Strukturierten Dialoge 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt und für 3 AKs mehr als 80 % fehlerhafte Dokumentationen.

**Direkte QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule**

Für die direkten QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule wurden 39 Auffälligkeitskriterien überprüft und 105 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt traten 33 rechnerische Auffälligkeiten wiederholt bei Standorten im gleichen AK seit dem Vorjahr (EJ 2018) und 23 seit dem Vorvorjahr (EJ 2017) auf. Es wurde von allen rechnerisch auffälligen Standorten eine Stellungnahme angefordert. Es erfolgten im weiteren Verlauf keine weiteren Maßnahmen wie Besprechungen, Begehungen oder Zielvereinbarungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 36-mal (34,3 %) als korrekt [U30, U99] und 68-mal (64,8 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für eine (1,0 %) Stellungnahme wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] vergeben.

**Fazit**

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Datenvalidität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert (vgl. § 9 QSKH-RL) und wird jährlich im Regelbetrieb optimiert. Ein weiterer Schritt zur Hervorhebung der Wichtigkeit der Dokumentationsqualität ist mit der partiellen Verabschiedung des Konzepts zur Entwicklung von Kriterien und Anhaltspunkten für den gezielten Datenabgleich nach § 9 QSKH-RL vorgenommen worden. Zum Erfassungsjahr 2019 wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie jedoch kein gezielter Datenabgleich und auch kein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich durchgeführt.

Über die Statistische Basisprüfung erfolgt ein Monitoring zu Fehldokumentationen über alle Standorte hinweg. 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. Eine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität kann aufgrund von Fehldokumentationen nur eingeschränkt möglich sein. Da die Dokumentationsqualität im Zweifel die Messung der Versorgungsqualität verzerrt, ist eine fehlerfreie Dokumentation von besonderer Wichtigkeit.

Im Hinblick auf die Maßnahmen und Bewertungen im Strukturierten Dialog waren Unterschiede zwischen den Bundesländern erkennbar. So unterscheiden sich die Anteile angeforderter Stellungnahmen und der Versand von Hinweisen bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten. Grundlegend kann beim Versand von Hinweisen nicht beurteilt werden, ob tatsächliche Dokumentationsprobleme vorlagen. Der Anteil an versandten Hinweisen lag für das Erfassungsjahr 2019 mit 42,2 % (n = 945) fast doppelt so hoch im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2018 bei n = 541 (26,0 %)). Dies ist vor dem Hintergrund einer bestätigten fehlerhaften Dokumentation, die sich aus den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs in 59,1 % der angeforderten Stellungnahmen ergeben hat, ein relativ hoher Anteil, für den die Dokumentationsqualität nicht bewertet werden kann. Hinzu kommt, dass im vorliegenden Bericht aufgrund der ausgesetzten Berichte der auf Landesebene beauftragten Stellen gemäß § 15 Abs. 3 zum EJ 2019 keine Gründe für den vermehrten Versand von Hinweisen oder Gründe für als fehlerhaft bewertete Dokumentationen aufgeführt werden können.

Auch der Anteil der identifizierten Dokumentationsmängel, aufgrund derer die Versorgungsqualität anhand der Qualitätsindikatoren nicht bewertet werden konnte [D50, D51, D99], ist mit 12,1 % der bewerteten Stellungnahmen hoch (IQTIG 2021) und höher als im Vorjahr (IQTIG 2020a). Insgesamt zeigt die Anzahl bestätigter Fehldokumentationen bei den Auffälligkeitskriterien und die hohe Anzahl an Indikatorergebnissen, die wegen Fehldokumentation nicht bewertet werden konnten, dass weiterhin eine kritische Validierung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung erforderlich ist.

# 1 Einleitung

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Datenvalidität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert (vgl. § 9 QSKH-RL). Der vorliegende Bericht über die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)<sup>1</sup> bezieht sich auf die QS-Daten des Erfassungsjahres 2019 (EJ 2019).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat als Reaktion auf die durch die COVID-19-Pandemie verursachten besonderen Umstände für das Erfassungsjahr 2019 zeitlich befristete Sonderregelungen über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern zur Sicherstellung von Krankenhauskapazitäten und medizinischem Personal sowie zum Schutz vor Infektionsrisiken beschlossen. Mit Beschluss vom 27. März 2020 wurde das Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 und 3 QSKH-RL für das Erfassungsjahr 2019 ausgesetzt (G-BA 2020b). Dies betraf zum einen den gezielten Datenabgleich und zum anderen das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich. Im Regelfall hätte der gezielte Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2019 in den Auswertungsmodulen *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* (HTXM-MKU) und *Neonatalogie* (NEO) stattgefunden, das Stichprobenverfahren in den Auswertungsmodulen *Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)* (HCH-AORT-CHIR) und *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* (09/4 und 09/6). Aufgrund des Aussetzungsbeschlusses werden für diese beiden Elemente des Datenvalidierungsverfahrens keine Ergebnisse berichtet.

Dargestellt werden ausschließlich die Ergebnisse zur Statistischen Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien). Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten konnten gemäß der Sonderregelung aufgrund der COVID-19-Pandemie bis zum 31. März 2021 zu EJ 2019 geführt werden (G-BA 2020b). Die Berichte gemäß § 15 Abs. 1 QSKH-RL wurden entsprechend auf den 15. Mai 2021 verschoben. Berichte des IQTIG und der auf Landesebene beauftragten Stellen gemäß § 15 Abs. 3 QSKH-RL wurden zum EJ 2019 ausgesetzt. Daher erfolgte keine Berichterstattung in einer zusammenfassenden Textform (G-BA 2020b). Dies ist auch der Hintergrund, weshalb ausführliche Begründungen für mögliche Einstufungen nachgeführtem Strukturierten Dialog im vorliegenden Bericht nicht möglich sind. Der hier vorliegende Bericht gemäß § 15 Abs. 2 QSKH-RL wurde vom 15. Mai 2021 auf den 31. August 2021 verschoben.

Die QS-Daten wurden für die Statistische Basisprüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit in allen Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) bzw. Auswertungsmodulen überprüft, in denen dazu Auffälligkeitskriterien (AKs) definiert sind. Die gelieferten Datensätze aller QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen wurden des Weiteren im Hinblick auf ihre Vollzähligkeit überprüft.

---

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern/QSKH-RL). In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020.  
URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/38/> (abgerufen am: 28.05.2021).

Im vorliegenden Bericht wird die Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs und bestätigten Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität ebenfalls im Längsschnitt über drei Jahre ausgewertet. Dabei wird insbesondere betrachtet, welche Krankenhausstandorte wiederholt rechnerisch auffällig waren und/oder wiederholt Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog bestätigten.

Eine detaillierte Ergebnisdarstellung zu den einzelnen Kapiteln findet sich in einem separaten Anhang zum vorliegenden Bericht. In diesem sind auch die Ergebnisse pro Bundesland dargestellt.

## 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). Eine valide Dokumentationsqualität ist Voraussetzung für eine ausreichende Aussagekraft der Qualitätsindikatoren. Dabei werden die von den Krankenhausstandorten gelieferten Daten auf die Aspekte Vollständigkeit, Plausibilität und Vollständigkeit sowie inhaltliche Richtigkeit geprüft.

### **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 den 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 Vollständigkeit 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 Datenneulieferung 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.

In Abbildung 1 ist die aktuelle Methodik des Datenvalidierungsverfahrens dargestellt. Das Verfahren besteht aus drei Elementen, die sich in ihrer primären Zielsetzung unterscheiden und nachfolgend beschrieben werden. Die Statistische Basisprüfung erfolgt grundsätzlich bei allen QS-Verfahren und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich bei wenigen ausgewählten QS-Verfahren. Der gezielte Datenabgleich beinhaltet eine erneute Überprüfung im Folgejahr bei auffälligen Ergebnissen aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich. Wie in Kapitel 1 erwähnt, werden für diese beiden Elemente des Datenvalidierungsverfahrens aufgrund der COVID-19-Pandemie keine Ergebnisse berichtet.

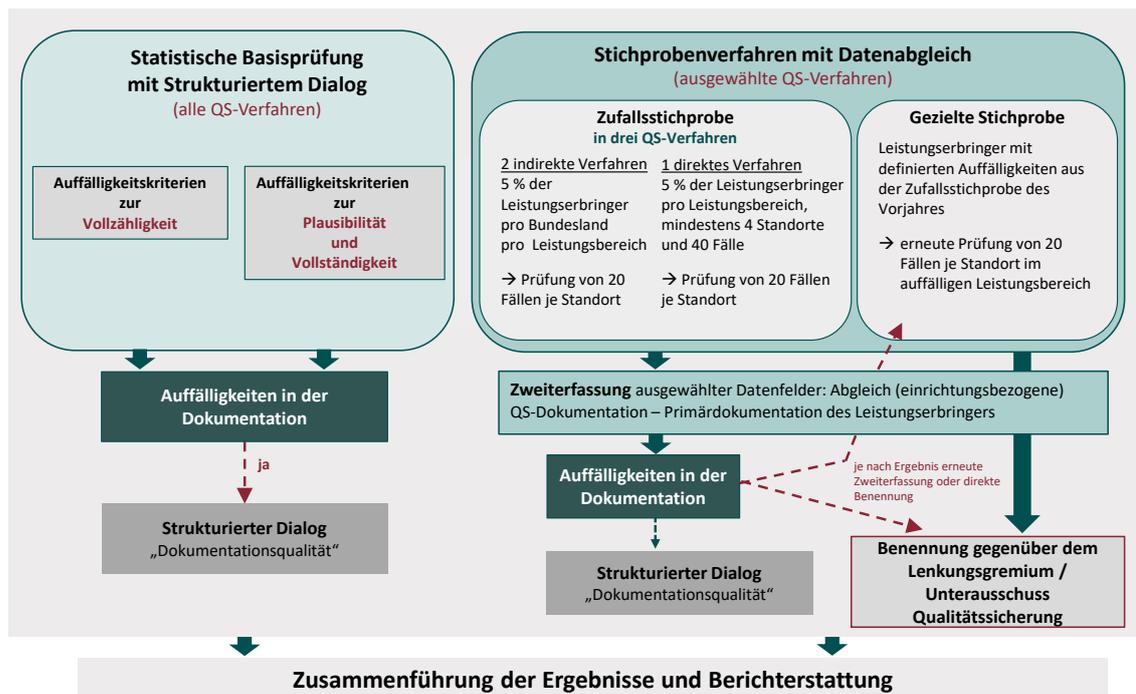


Abbildung 1: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL

## 2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

### 2.1.1 Statistische Basisprüfung (§ 9 Abs. 2 QSKH-RL)

Die Methodik des Strukturierten Dialogs ist ausführlich im „Bericht zum Strukturierten Dialog“ zum Erfassungsjahr 2019 (IQTIG 2021) beschrieben. 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 AKs, welche sich in AKs zur Vollzähligkeit und AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit unterteilen lassen. Bei der Neuentwicklung und Evaluation von AKs durch IQTIG werden externe Expertinnen und Experten beratend hinzugezogen (Projektgruppe Datenvalidierung).

#### Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Die AKs zur Vollzähligkeit werden seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen angewandt. Im Zuge dessen werden die Datensätze, die ein Leistungserbringer in einem QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul geliefert hat (Ist-Bestand), den Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand) gegenübergestellt. Auf Grundlage dieses Soll-Ist-Abgleichs werden pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul jeweils AKs zur Underdokumentation, zur Überdokumentation und zu Minimaldatensätzen berechnet. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht vor, dass eine Dokumentationsrate unter 100 % sanktioniert werden soll, wie es im Versorgungsbereich *Transplantationsmedizin* bereits der Fall ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daher in § 24 QSKH-RL Regelungen zum Umgang mit Underdokumentation festgelegt, die ab dem Erfassungsjahr 2018 für die Krankenhäuser unmittelbar verpflichtend sind. In seinem Beschluss vom 22. März 2019 (vgl. G-BA 2019) wurde das Vorgehen weiter konkretisiert. Demnach

kann sich ein Krankenhaus bei Unterdokumentation auf Unverschulden berufen. Hierzu muss das Krankenhaus gegenüber der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) bei indirekten Verfahren bzw. dem IQTIG bei direkten Verfahren eine Begründung für sein Unverschulden abgeben. Dies musste für das Erfassungsjahr 2019 bis zum 31. Mai 2020 erfolgen. Die jeweilige LQS bzw. das IQTIG gibt dann eine Einschätzung hinsichtlich der vorgebrachten Gründe ab und teilt diese schriftlich innerhalb von sechs Wochen dem Krankenhaus zur Weiterleitung an die Vertragsparteien der örtlichen Pflegesatzverhandlungen mit.

Aufgrund der 100%-Dokumentationspflicht gemäß § 24 QSKH-RL und damit erfolgenden Sanktionierungen durch einen Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz sind für die länderbezogenen QS-Verfahren (indirekte QS-Verfahren) die AKs zur Unterdokumentation mit einem Referenzbereich von  $\geq 95\%$  zum EJ 2019 nicht erneut beschlossen worden (G-BA 2020). Die Referenzbereiche der AKs zur Unterdokumentation bei den bundesbezogenen Verfahren liegen weiterhin bei  $\geq 100\%$ . Zusätzlich zu den o. g. Sanktionen wurde entschieden, bei diesen QS-Verfahren ebenfalls einen Strukturierten Dialog zu führen.

Bei den Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation gilt ein Referenzbereich von  $\leq 110\%$  pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul. Besonderheiten sind pro QS-Verfahren in den Rechenregeln festgehalten, wie z. B. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Zur Prüfung des Anteils der Minimaldatensätze (MDS) unter den zu dokumentierenden Fällen wird zusätzlich in allen QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodulen ein AK zum MDS eingesetzt; ausgenommen hiervon sind die transplantationsmedizinischen QS-Verfahren. Ein MDS kann im Ausnahmefall angelegt werden, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig ausgelöst wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.<sup>2</sup> 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 AKs eingeführt, wie die Dokumentationsrate.

### **Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit**

AKs 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 AKs zur Plausibilität entwickelt. AKs, 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.

---

<sup>2</sup> Erläuterungen zum Minimaldatensatz: <https://iqtig.org/datenerfassung/spezifikationen/qs-basispezifikation-fuer-leistungserbringer/2019/v07/>.

### 2.1.2 Durchführung der Statistischen Basisprüfung

Die Berechnungsquotienten von AKs bestehen aus einem Nenner (Grundgesamtheit) und einem 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, um diesen auf die rechnerische Auffälligkeit aufmerksam zu machen, ohne eine Erläuterung anzufordern (vgl. § 11 QSKH-RL). In solchen Fällen ist 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 (§ 10 Abs. 2 Satz 4 QSKH-RL).
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 Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung 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 nach Meinung der Expertinnen und Experten 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, wird 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.

### 2.1.3 Bewertung der Datenvalidität bei den Auffälligkeitskriterien

Für die Berichterstattung über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung (über AKs) ist es erforderlich, dass die Antworten der Leistungserbringer von den LQS bzw. dem IQTIG bewertet werden. Die folgende Tabelle 3 beinhaltet die Bewertungskategorien, die im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern zu den AKs zur Anwendung kommen.

Tabelle 3: 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)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte/unvollzählige 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.

Der Bericht zur Datenvalidierung enthält standardmäßig Hinweise auf Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten oder fehlerhafte Dokumentationen der QS-Verfahren. Vor dem Hintergrund der Beschlüsse zu den COVID-19-bedingten Ausnahmeregelungen zu QS-Anforderungen vom 27. März 2020, 14. Mai 2020 und 3. Dezember 2020 (G-BA 2020b, G-BA 2020a, G-BA 2020c) wurde die Übermittlung gemäß § 15 Abs. 3 QSKH-RL zum Erfassungsjahr 2019 ausgesetzt, die ebendiese Hinweise in einer zusammenfassenden Textform enthalten. Daher erfolgt im Bericht

zur Datenvalidierung 2020 (EJ 2019) keine umfassende Darstellung zu Ursachen für entsprechende Auffälligkeiten.

## **2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und gezielter Datenabgleich**

Mit Beschluss vom 27. März 2020 (G-BA 2020b) wurde das Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 und 3 QSKH-RL für das Erfassungsjahr 2019 ausgesetzt. Dies betraf zum einen den gezielten Datenabgleich und zum anderen das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich. Im Regelfall hätte der gezielte Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2019 in den Auswertungsmodulen *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* (HTXM-MKU) und *Neonatalogie* (NEO) stattgefunden und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich in den Auswertungsmodulen *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* (09/4) und *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* (09/6) sowie im Auswertungsmodul *Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)* (HCH-AORT-CHIR). Aufgrund der im Jahr 2020 gültigen befristeten Sonderregelungen zur COVID-19-Pandemie werden im vorliegenden Bericht zum Erfassungsjahr 2019 keine Erläuterungen zur Methodik gegeben und keine Ergebnisse für den gezielten Datenabgleich und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich berichtet.

## 3 Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

Im Rahmen der statistischen Basisprüfung wurden insgesamt 65 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 89 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüft. Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den unterschiedlichen Arten von Auffälligkeitskriterien für die indirekten und direkten QS-Verfahren beschrieben.

### 3.1 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Zum Erfassungsjahr 2019 wurden 8 indirekte und 4 direkte QS-Verfahrensgebiete mithilfe von 65 verfahrensbezogenen Auffälligkeitskriterien geprüft. Darunter fallen 18 QS-Verfahren mit insgesamt 23 Auswertungsmodulen, für die Ergebnisse dargestellt werden, wenn Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit entsprechend vorhanden sind. Für alle Auswertungsmodule liegen zur Plausibilität und Vollständigkeit insgesamt 38.885 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien vor, die sich daraus ergeben, dass ein Standort auch zu mehreren Auffälligkeitskriterien Daten liefern kann. Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2019 wurden bei der Überprüfung der 65 AKs insgesamt 1.294 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von 3,3 % an allen rechnerischen Ergebnissen der AKs. Für die indirekten Verfahren wurden 47 AKs überprüft und 1.276 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Bei den direkten QS-Verfahren waren es 18 überprüfte AKs und 18 rechnerische Auffälligkeiten. Insgesamt traten 179 (13,8 %) aller rechnerischer Auffälligkeiten wiederholt bei gleichen Standorten in den gleichen AKs seit dem Erfassungsjahr 2018 auf und 42 (3,2 %) wiederholt bereits seit dem Erfassungsjahr 2017.

Für 1.294 rechnerische Auffälligkeiten wurde an 769 Standorten das Verfahren zum Strukturierter Dialog eingeleitet. Es wurden insgesamt 420 (32,5 %) Hinweise verschickt (nur indirekte Verfahren) und 870 (67,2 %) Stellungnahmen angefordert (indirekte Verfahren: n = 852, direkte Verfahren: n = 18). 4-mal wurden keine Maßnahmen ergriffen [S90].

Ausgehend von 870 Stellungnahmen erfolgten 3 Besprechungen (0,3 %) und 30 Zielvereinbarungen (3,4 %), aber keine Begehungen zur Optimierung der Dokumentationsqualität. Allesamt erfolgten für AKs der indirekten Verfahren. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierter Dialogs 263-mal (30,2 %) als korrekt [U30, U99] und 566-mal (65,1 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Insgesamt 41-mal (4,7 %) erfolgte die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99]. Von 566 fehlerhaft festgestellten Dokumentationen, die bei Standorten im gleichen AK bestanden, lagen 67 (11,8 %) fehlerhafte Dokumentationen bereits im Erfassungsjahr 2018 und 10 (1,8 %) bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 vor.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit auf AK-Ebene verfahrensbezogen dargestellt, gegliedert nach indirekten und direkten QS-Verfahren. Die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte, (wiederholte) rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen, weiterführende Maßnahmen, Bewertungen nach Strukturierter Dialog und wiederholte Auffälligkeiten der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden pro Auswertungsmodul in einer Tabelle dargestellt. Zu Beginn wird jeweils ein

Überblick über die Verteilung der datenliefernden Standorte, der rechnerischen Auffälligkeiten sowie der fehlerhaften Dokumentation für die Auffälligkeitskriterien der indirekten bzw. direkten QS-Verfahren gegeben. Ebenso werden die relativen Anteile bspw. der fehlerhaften Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen mithilfe eines Säulendiagramms zwischen den Auffälligkeitskriterien verglichen. Weitere Abbildungen und Tabellen veranschaulichen die Anzahl der Standorte, die wiederholt rechnerisch auffällig waren oder (wiederholt) fehlerhaft dokumentiert haben.

## Indirekte QS-Verfahren

Die Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren sind in den zwei folgenden Abbildungen dargestellt (Abbildung 2 und Abbildung 3).

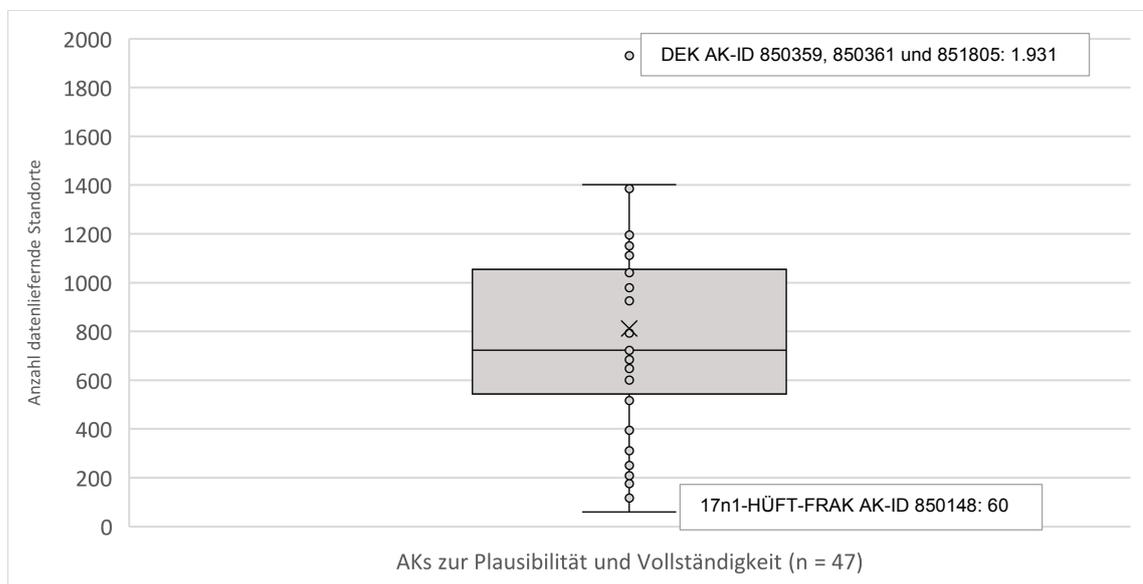


Abbildung 2: Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass für die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren unterschiedlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit bundesweit  $\approx 812$  Standorte Daten geliefert. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Standort auch zu mehreren AKs Daten liefern kann. Das Minimum der datenliefernden Standorte pro AK liegt bei 60 (AK-ID 850148; 17n1-HÜFT-FRAK) Standorten. Das Maximum ist in diesem Fall ein statistischer Ausreißer und liegt bei 1.931 datenliefernden Standorten im Auswertungsmodul DEK für die 3 AKs 850359, 850361 und 851805 (Abbildung 2).

Für die indirekten Verfahren wurden 47 AKs überprüft und 1.276 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt traten 173 rechnerische Auffälligkeiten wiederholt bei Standorten im gleichen AK seit dem Vorjahr (EJ 2018) auf und 41 bereits seit dem Vorvorjahr (EJ 2017).

Insgesamt wurde bei den indirekten Verfahren 420-mal (32,9 %) ein Hinweis verschickt und 852-mal (66,8 %) um eine Stellungnahme gebeten. 4-mal (0,3 %) erfolgten keine Maßnahmen [S90]. Es wurden insgesamt 3 Besprechungen durchgeführt und 30 Zielvereinbarungen geschlossen. Eine Begehung erfolgte an keinem Standort. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 255-mal (29,9 %) als korrekt [U30, U99] und 556-mal (65,3 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 41 Stellungnahmen wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] (4,8 %) vergeben.

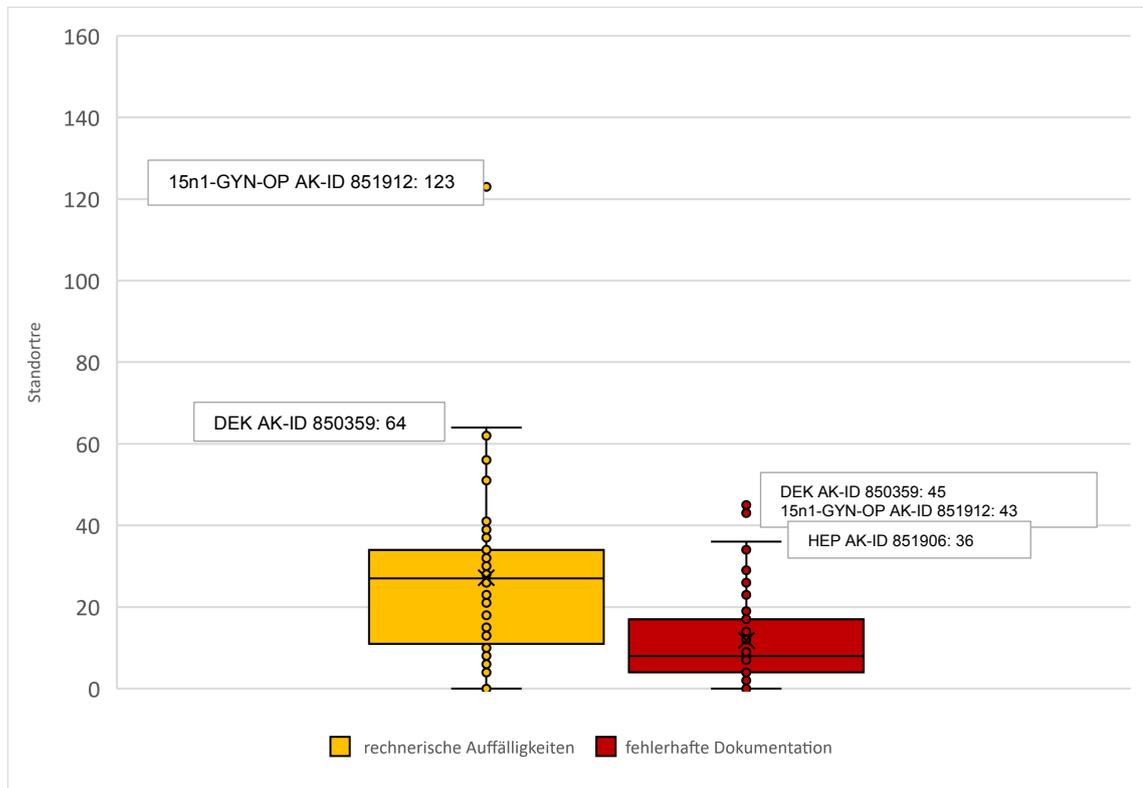


Abbildung 3: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019

Abbildung 3 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der rechnerisch auffällig gewordenen Standorte und festgestellten fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel sind 27,1 Standorte pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit rechnerisch auffällig gewesen. Das Minimum der rechnerisch auffälligen Standorte pro AK liegt bei 0 (AK-ID 851812; NEO und AK-ID 850305; KEP). Das Maximum stellt einen statistischen Ausreißer dar und liegt bei 123 rechnerisch auffälligen Standorten im AK 851912; 15n1-GYN-OP (AK erstmalig im Erfassungsjahr 2019 angewendet).

Fehlerhafte Dokumentationen bestätigten sich 556-mal in den indirekten Verfahren. Unter allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren wiesen minimal kein Standort und maximal 45 Standorte pro AK fehlerhafte Dokumentationen auf, wobei für 2 AKs die Anzahl an Standorten mit fehlerhafter Dokumentation statistische Ausreißer darstellten. Das

heißt, dass für das AK 851912 im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP und das AK 850359 im Auswertungsmodul DEK mit jeweils 43 und 45 Standorten bei besonders vielen Standorten fehlerhafte Dokumentationen für diese AKs vorlagen. Im arithmetischen Mittel haben 11,8 Standorte pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit fehlerhaft dokumentiert.

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen einzuordnen, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Standorten (Abbildung 4) bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen (Abbildung 5) gesetzt.

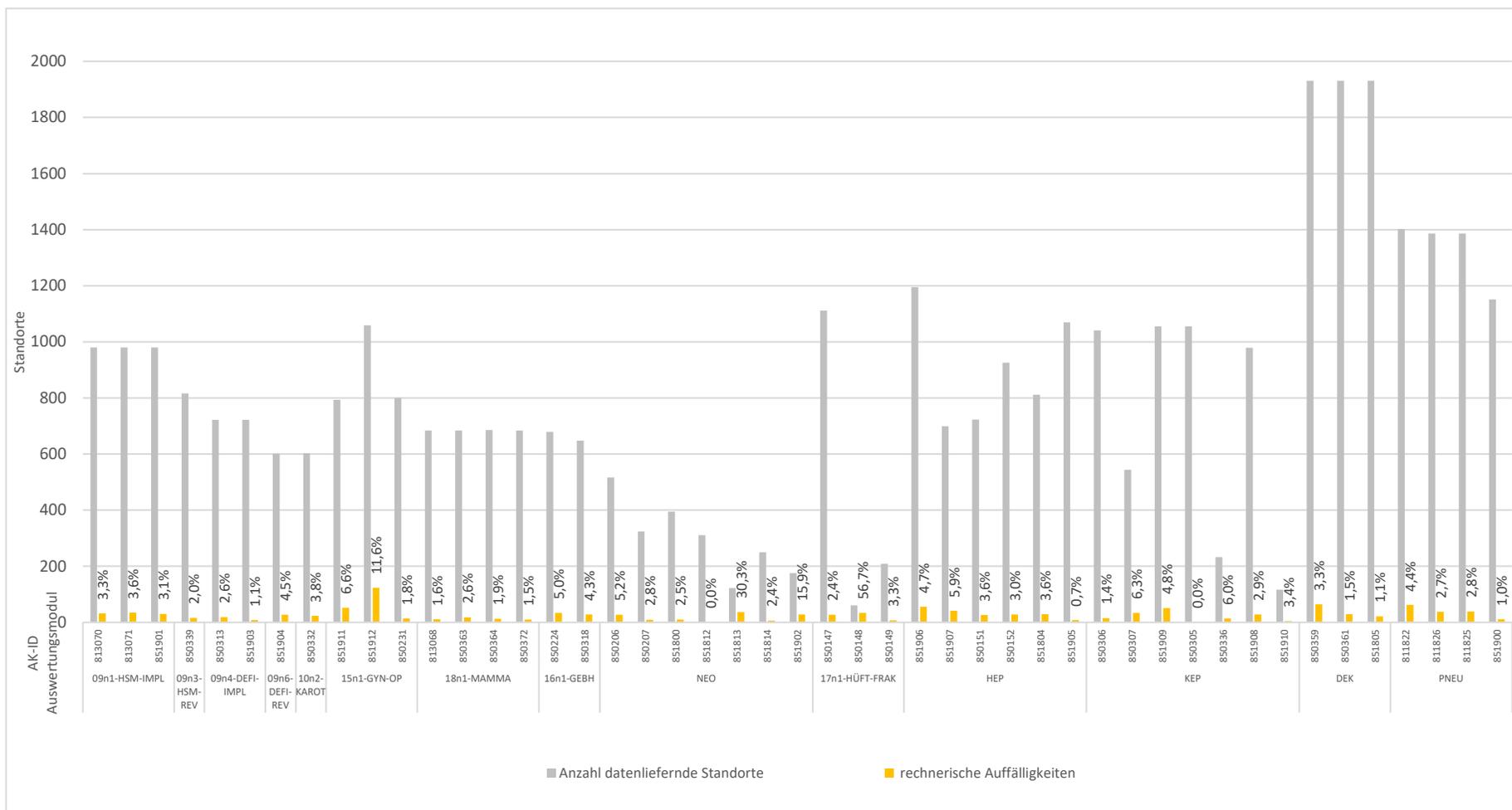


Abbildung 4: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019

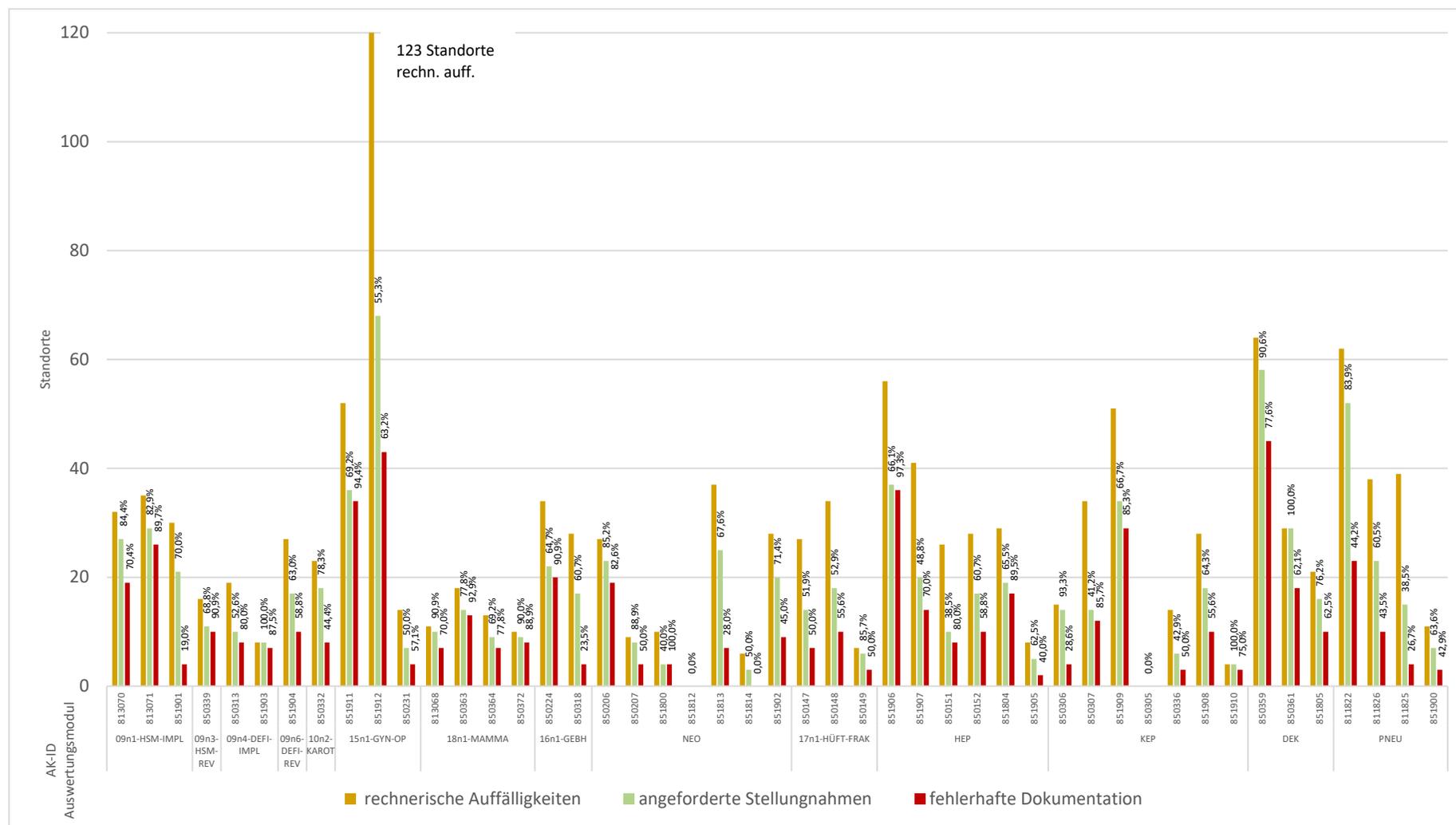


Abbildung 5: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019

Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren ist im obigen Säulendiagramm (Abbildung 4) abgebildet.

Es wird deutlich, dass das AK 850148 im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK mit 56,7 % den größten Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im Vergleich zu den anderen AKs aufweist. Dies ist allerdings auch das AK, zu dem die wenigsten Standorte Daten geliefert haben (rechnerisch auffällig:  $n = 34$  zu  $n = 60$  datenliefernden Standorten; Abbildung 2). Weitere hohe Anteile rechnerisch auffälliger Standorte lagen zudem im AK 851813 und AK 851902 in NEO (30,3 % und 15,9 % bei 122 und 176 datenliefernden Standorten) und im AK 851912 in 15n1-GYN-OP (11,6 % bei 1.059 datenliefernden Standorten) vor.

Während somit im Boxplot (Abbildung 3) die Verteilung der Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte pro Auffälligkeitskriterium dargestellt ist, werden im Säulendiagramm in Abbildung 4 die Anteile dieser rechnerisch auffälligen Standorte an allen datenliefernden Standorten zu jedem Auffälligkeitskriterium deutlich und relativieren ggf. die Aussagen zu Auffälligkeitskriterien, in denen viele Standorte rechnerisch auffällig wurden. Beispielsweise ist im Boxplot (Abbildung 3) zu erkennen, dass für das AK 850359 im Auswertungsmodul DEK überdurchschnittlich viele Standorte rechnerisch auffällig sind ( $n = 64$ ), obgleich dieses AK nicht den statistischen Ausreißer darstellte. Betrachtet man nun Abbildung 4 für dieses AK, erkennt man, dass sich die rechnerischen Auffälligkeiten auch auf eine sehr hohe Anzahl datenliefernder Standorte beziehen ( $n = 1.931$ ) und der Anteil daher mit 3,3 % niedrig ist. Die AKs mit den kleinsten Anteilen rechnerisch auffälliger Standorte an den datenliefernden Standorten stellen im Erfassungsjahr 2019 die neu angewendeten AKs im Auswertungsmodul HEP (AK 851905) mit 0,7 %, im Auswertungsmodul PNEU (AK 851900) mit 1,0 % und im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL (AK 851903) mit 1,1 % dar sowie das AK 851805 in DEK mit ebenfalls 1,1 % (Abbildung 4).

Von 47 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit lagen in 45 Auffälligkeitskriterien der indirekten Verfahren rechnerische Auffälligkeiten vor, sodass für diese AKs ein Strukturierter Dialog ausgelöst wurde. In den AKs 851812 (NEO) und 850305 (KEP) war kein Standort rechnerisch auffällig, sodass keine Maßnahmen getroffen werden mussten. In obiger Abbildung 5 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen für jedes Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. Die jeweilige Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen entspricht der Anzahl an Hinweisen und nicht eingeleiteten Maßnahmen [S90]. Insgesamt wiesen 65,3 % der Standorte eine fehlerhafte Dokumentation bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen auf ( $n = 556/852$ ). Für ein AK wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine zu 100 % fehlerhafte Dokumentation festgestellt (AK 851800; NEO) und für 14 AKs mehr als 80 % fehlerhafte Dokumentationen, davon in 4 AKs, die erstmalig neu zum EJ 2019 angewendet wurden (AKs: 851903, 851911, 851906, 851909).

Anteilmäßig am wenigsten fehlerhafte Dokumentationen lagen für das erstmals im Erfassungsjahr 2019 neu angewendete AK 851901 im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL mit 19,0 % vor

(4 von 21 angeforderten Stellungnahmen). Ebenso lagen für das AK 850318 im Auswertungsmodul 16n1-GEBH bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen (n = 17) mit 23,5 % weniger fehlerhafte Dokumentationen als in den anderen AKs, die als fehlerhaft bewertet wurden, vor.

Hervorzuheben ist, dass im Auswertungsmodul NEO in einigen AKs im Vergleich zum Vorjahr weniger Standorte rechnerisch auffällig waren. Beispielsweise war im AK 850812 sogar kein Standort rechnerisch auffällig, im EJ 2018 hingegen waren es noch n = 64. Die geringere Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten und zum Teil fehlerhafter Dokumentationen einiger AKs im Auswertungsmodul NEO ergibt sich aufgrund von Änderungen der Rechenregeln, weshalb die Ergebnisse der entsprechend angepassten AKs des EJ 2019 auch nur eingeschränkt mit den Werten des Vorjahres vergleichbar sind (vgl. Vorjahresbericht (IQTIG 2020b) und Abschnitt 3.1.9).

In nachfolgender Abbildung 6 werden Auffälligkeitskriterien dargestellt, bei denen es höchstens 10 rechnerisch auffällige Standorte gab (und damit höchstens 10 Stellungnahmen angefordert wurden), die aber einen hohen Anteil an fehlerhaften Dokumentationen aufweisen.

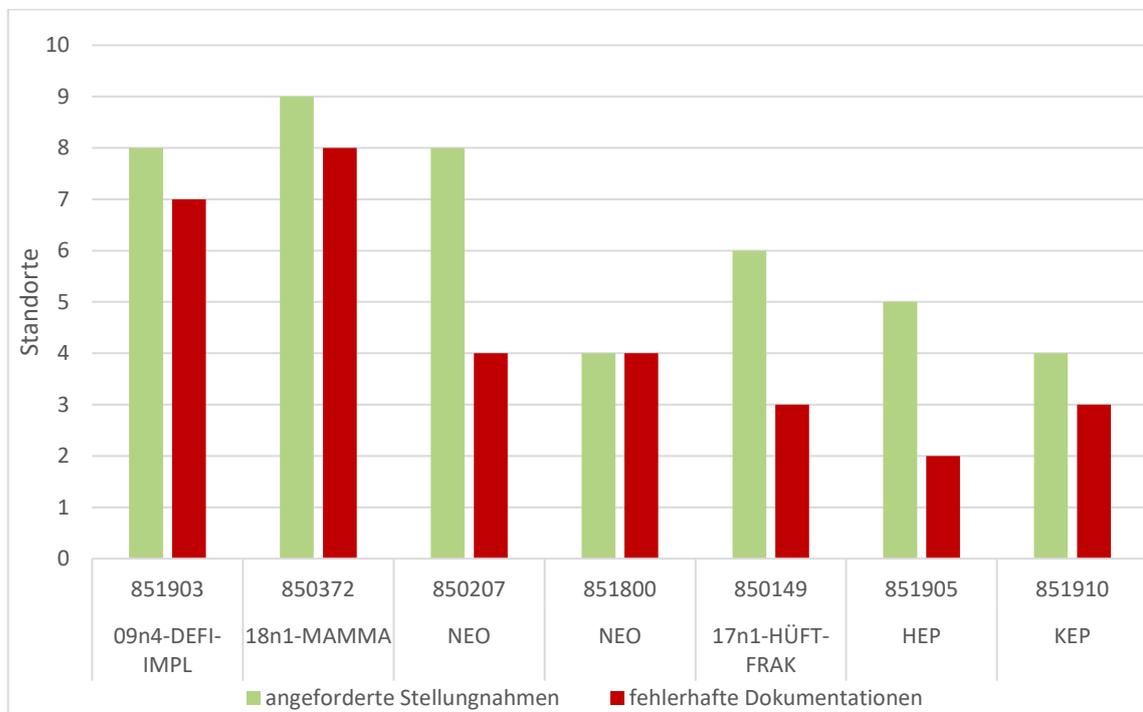


Abbildung 6: Anteil der Standorte mit fehlerhaften Dokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen für Auffälligkeitskriterien, bei denen höchstens 10 Stellungnahmen angefordert wurden, weil höchstens 10 rechnerische Auffälligkeiten vorlagen

Bei 4 der 7 AKs hatten Standorte bereits im Vorjahr (zu EJ 2018) fehlerhaft dokumentiert. Dies betraf das AK 850372 des Auswertungsmoduls 18n1-MAMMA und das AK 850207 und 851800 des Auswertungsmoduls NEO sowie das AK 850336 des Auswertungsmoduls KEP. Die übrigen 3 in Abbildung 6 aufgeführten AKs sind zu EJ 2019 erstmalig eingeführt, weshalb keine Vergleiche zum Vorjahr gegeben sind.

In Tabelle 4 werden alle AKs mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten fehlerhaften Dokumentationen zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2018 und des Erfassungsjahres 2017 abgebildet, wenn diese aufgetreten sind.

Von den 47 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten Verfahren sind in 30 AKs Standorte wiederholt rechnerisch auffällig gewesen und davon haben Standorte in 23 AKs auch wiederholt fehlerhaft dokumentiert. Bei 18 AKs gab es Standorte, die drei Jahre in Folge rechnerisch auffällig waren. Bei den wiederholten fehlerhaften Dokumentationen waren es 6 AKs, für welche Standorte drei Jahre in Folge fehlerhaft dokumentierten.

Die meisten wiederholt rechnerischen Auffälligkeiten weist das AK 811822 im Auswertungsmodul PNEU auf. Von 62 auffälligen Standorten im Erfassungsjahr 2019 waren 18 bereits im Erfassungsjahr 2018 und 7 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Das AK 850359 im Auswertungsmodul DEK wies hingegen die meisten fehlerhaft dokumentierenden Standorte über drei Jahre in Folge auf.

*Tabelle 4: Alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren, bei denen Standorte wiederholt rechnerisch auffällig wurden und die wiederholt bestätigte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen*

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerisch auffällige Standorte			Standorte mit fehlerhafter Dokumentation		
		EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017	EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017
09n1-HSM-IMPL	813070	32	6	2	19	3	1
09n1-HSM-IMPL	813071	35	8	1	26	6	1
09n3-HSM-REV	850339	16	5	1	10	2	0
09n4-DEFI-IMPL	850313	19	2	1	8	2	1
10n2-KAROT	850332	23	5	1	8	1	0
15n1-GYN-OP	850231	14	4	2	4	1	0
18n1-MAMMA	813068	11	2	0	7	1	0
18n1-MAMMA	850363	18	4	0	13	2	0
18n1-MAMMA	850372	10	1	0	8	1	0
16n1-GEBH	850224	34	10	2	20	5	0
16n1-GEBH	850318	28	3	2	4	0	0
NEO	850206	27	5	1	19	4	0
NEO	850207	9	2	0	4	2	0
NEO	851800	10	1	0	4	1	0

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerisch auffällige Standorte			Standorte mit fehlerhafter Dokumentation		
		EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017	EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017
NEO	851813	37	13	0	7	2	0
NEO	851814	6	4	0	0	0	0
17n1-HÜFT-FRAK	850147	27	2	0	7	0	0
17n1-HÜFT-FRAK	850148	34	7	2	10	0	0
HEP	850151	26	6	1	8	1	0
HEP	850152	28	4	3	10	1	1
HEP	850804	29	4	0	17	1	0
KEP	850306	15	2	0	4	0	0
KEP	850307	34	12	2	12	3	0
KEP	850336	14	2	1	3	1	0
DEK	850359	64	16	3	45	12	3
DEK	850361	29	12	6	18	5	2
DEK	850805	21	3	0	10	0	0
PNEU	811822	62	18	7	23	5	0
PNEU	811825	38	7	3	10	1	0
PNEU	811826	39	3	0	4	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>789</b>	<b>173</b>	<b>41</b>	<b>342</b>	<b>63</b>	<b>9</b>

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren je Auswertungsmodul beschrieben.

### 3.1.1 Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)

#### AK-ID 813070 = Häufig führendes Symptom „Sonstiges“

Von 980 Standorten, die Daten bezüglich des häufig führenden Symptoms „Sonstiges“ lieferten, wurden 32 Standorte (3,3 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 6 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 5 Standorte Hinweise verschickt und von 27 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 8 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für

19 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Dabei wiesen 3 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation in diesem AK auf. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

#### **AK-ID 813071 = Häufig führende Indikation „Sonstiges“**

Bezüglich einer *häufig führenden Indikation „Sonstiges“* wurden 35 der 980 datenliefernden Standorte (3,6 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 8 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 6 Standorte Hinweise verschickt und von 29 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden 3 korrekte Dokumentationen bestätigt und 26 fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Davon wiesen 6 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Mit zwei Standorten wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen.

#### **AK-ID 851901 = Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt [neu zum EJ 2019]**

30 der 980 datenliefernden Standorte (3,1 %), die Daten zu *häufig keine Durchleuchtung durchgeführt* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Es wurden an 9 Standorte Hinweise verschickt und von 21 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 17 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 4 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 5: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL

AK-ID	813070	813071	851901
Anzahl datenliefernder Standorte	980	980	980
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	32	35	30
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	6	8	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	2	1	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	5	6	9
Stellungnahmen angefordert	27	29	21
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	1	2	0

AK-ID	813070	813071	851901
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	8	3	17
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	19	26	4
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	3	6	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	1	1	0

AK-ID 813070 = Häufig führendes Symptom „Sonstiges“

AK-ID 813071 = Häufig führende Indikation „Sonstiges“

AK-ID 851901 = Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt

### 3.1.2 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV)

#### AK-ID 850339 = Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

Bezüglich der *häufigen Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen* wurden 16 der 816 datenliefernden Standorte (2,0 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 5 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 5 Standorte Hinweise verschickt und von 11 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und für 10 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Dabei wiesen zwei Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Tabelle 6: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV

AK-ID	850339
Anzahl datenliefernder Standorte	816
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	16
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	5
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	1
<b>Maßnahmen</b>	

AK-ID	850339
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0
Hinweise verschickt	5
Stellungnahmen angefordert	11
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Besprechung	0
Begehung	0
Zielvereinbarung	1
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	10
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>	
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	2
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0

AK-ID 850339 = Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

### 3.1.3 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09n4-DEFI-IMPL)

#### **AK-ID 850313 = Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „Sonstige“**

19 der 722 datenliefernden Standorte (2,6 %) wiesen hinsichtlich eines *häufig indikationsbegründenden klinischen Ereignisses* „Sonstige“ eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon waren 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 9 Standorte Hinweise verschickt und von 10 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für zwei Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 8 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Dabei wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

#### **AK-ID 851903 = Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt [neu zum EJ 2019]**

8 der 722 datenliefernden Standorte (1,1 %) wiesen hinsichtlich *häufig keine Durchleuchtung durchgeführt* eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurden für 8 Standorte Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 7 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

Tabelle 7: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL

AK-ID	850313	851903
Anzahl datenliefernder Standorte	722	722
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	19	8
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	2	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	1	0
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	9	0
Stellungnahmen angefordert	10	8
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	8	7
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	2	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	1	0

AK-ID 850313 = Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „Sonstige“

AK-ID 851903 = Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt

### 3.1.4 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6-DEFI-REV)

#### 851904 = Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem [neu zum EJ 2019]

Von 601 datenliefernden Standorten wiesen 27 Standorte (4,5 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. An 10 Standorte wurden anschließend Hinweise geschickt und von 17 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 7 Standorte die korrekte

Dokumentation bestätigt und für 10 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden.

Tabelle 8: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV

<b>AK-ID</b>	<b>851904</b>
Anzahl datenliefernder Standorte	601
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	27
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0
<b>Maßnahmen</b>	
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0
Hinweise verschickt	10
Stellungnahmen angefordert	17
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Besprechung	0
Begehung	0
Zielvereinbarung	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	7
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	10
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>	
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0

AK-ID 851904 = Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Son-denproblem

### 3.1.5 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT)

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

Von 603 datenliefernden Standorten wurden 23 Standorte (3,8 %) hinsichtlich einer *häufigen Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten* rechnerisch auffällig. Davon waren 5 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 5 Standorte Hinweise verschickt sowie von 18 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 10 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 8 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Dabei wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 9: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT

AK-ID	850332
Anzahl datenliefernder Standorte	603
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	23
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	5
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	1
<b>Maßnahmen</b>	
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0
Hinweise verschickt	5
Stellungnahmen angefordert	18
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Besprechung	0
Begehung	0
Zielvereinbarung	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	10
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	8
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>	
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	1

AK-ID	850332
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0

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

### 3.1.6 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP)

#### AK-ID 851911 = Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-)Ovariectomie

52 der 793 datenliefernden Standorte (6,6 %) wiesen hinsichtlich einer *Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-)Ovariectomie*, eine rechnerische Auffälligkeit auf. An 16 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 36 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog wurde für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 34 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

#### AK-ID 851912 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen

123 der 1.059 datenliefernden Standorte (11,6 %) wurden bezüglich der *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen* rechnerisch auffällig. Bei 3 Standorten wurden keine Maßnahmen ergriffen, dagegen an 52 Standorte Hinweise verschickt sowie von 68 Standorten Stellungnahmen angefordert. Bei 19 Standorten ließ sich im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine korrekte Dokumentation und bei 43 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation feststellen. Für 6 Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

#### AK-ID 850231 = Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund

Von 800 Standorten, die Daten zur *häufigen Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund* lieferten, wurden 14 Standorte (1,8 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 4 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 7 Standorte Hinweise verschickt und von 7 weiteren Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 4 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Ein Standort wies bereits im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 10: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP

AK-ID	851911	851912	850231
Anzahl datenliefernder Standorte	793	1.059	800
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	52	123	14

AK-ID	851911	851912	850231
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	4
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	2
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	3	0
Hinweise verschickt	16	52	7
Stellungnahmen angefordert	36	68	7
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	19	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	34	43	4
Sonstiges [S91, S99]	0	6	1
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 851911 = Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-)Ovariectomie

AK-ID 851912 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen

AK-ID 850231 = Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund

### 3.1.7 Mammachirurgie (18n1-MAMMA)

#### AK-ID 813068 = Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

In Bezug auf die *häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde* wurden 11 der 684 datenliefernden Standorte (1,6 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf. An einen Standort wurde ein Hinweis verschickt und von 10 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 7 Standorte eine

fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für einen weiteren Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Im Erfassungsjahr 2018 dokumentierte ein Standort bereits fehlerhaft.

**AK-ID 850363 = Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“**

18 der 684 datenliefernden Standorte (2,6 %) wurden in Bezug auf die *häufige Angabe* „HER2-Status = unbekannt“ rechnerisch auffällig. Davon waren 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. An 4 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 14 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und für 13 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Davon dokumentierten 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Besprechung durchgeführt und mit einem weiteren Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

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

13 der 686 datenliefernden Standorte (1,9 %) wurden zur *häufigen Angabe* „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ rechnerisch auffällig. Für einen Standort wurden keine Maßnahmen ergriffen. An 3 Standorte wurden jedoch Hinweise verschickt und von 9 Standorten wurde eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 7 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

**AK-ID 850372 = Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“**

Von 684 datenliefernden Standorten waren 10 Standorte (1,5 %) bezüglich der *häufigen Angabe* „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“ rechnerisch auffällig, wovon ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig wurde. An einen Standort wurde ein Hinweis verschickt und von 9 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und für 8 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden, wovon ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft dokumentierte. Mit zwei Standorten wurden als weiterführende Maßnahme Zielvereinbarungen abgeschlossen.

Tabelle 11: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA

AK-ID	813068	850363	850364	850372
Anzahl datenliefernder Standorte	684	684	686	684
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	11	18	13	10
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	2	4	0	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0

AK-ID	813068	850363	850364	850372
<b>Maßnahmen</b>				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	1	0
Hinweise verschickt	1	4	3	1
Stellungnahmen angefordert	10	14	9	9
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechung	0	1	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	1	0	2
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	1	2	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	7	13	7	8
Sonstiges [S91, S99]	1	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>				
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	1	2	0	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0

AK-ID 813068 = Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

AK-ID 850363 = Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“

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

AK-ID 850372 = Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

### 3.1.8 Geburtshilfe (16n1-GE BH)

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

Von 679 Standorten, die Daten zur *häufig fehlenden Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlenden Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlenden Angabe des Base Excess* lieferten, wurden 34 Standorte (5,0%) rechnerisch auffällig. Dabei wiesen 10 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An 12 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 22 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und für 20 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Außerdem wurde für einen Standort die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. 5 Standorte wiesen bereits

im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf. Als weiterführende Maßnahmen wurden mit 5 Standorten Zielvereinbarungen abgeschlossen.

#### **AK-ID 850318 = Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten**

28 der 648 datenliefernden Standorte (4,3 %) wurden hinsichtlich der *Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten* rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 11 Standorte Hinweise verschickt und von 17 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 13 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 4 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

*Tabelle 12: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GE BH*

<b>AK-ID</b>	<b>850224</b>	<b>850318</b>
Anzahl datenliefernder Standorte	679	648
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	34	28
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	10	3
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	2	2
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	12	11
Stellungnahmen angefordert	22	17
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	5	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	13
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	20	4
Sonstiges [S91, S99]	1	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	5	0

AK-ID	850224	850318
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0

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

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

### 3.1.9 Neonatologie (NEO)

#### AK-ID 850206 = Aufnahmetemperatur nicht angegeben

27 der 516 datenliefernden Standorte (5,2 %) wiesen bezüglich des Auffälligkeitskriteriums *Aufnahmetemperatur nicht angegeben* eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon waren 5 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort war bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 4 Standorte Hinweise verschickt sowie von 23 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs stellte sich heraus, dass 4 Standorte korrekt und 19 Standorte fehlerhaft dokumentiert haben. 4 der Standorte dokumentierten bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft.

#### AK-ID 850207 = Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

Hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums *Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme* wurden 9 der 324 datenliefernden Standorte (2,8 %) rechnerisch auffällig, wovon 2 Standorte bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig waren. Es wurde ein Hinweis verschickt und von 8 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde die Dokumentation von 4 Standorten als korrekt und von 4 weiteren Standorten als fehlerhaft identifiziert. Davon wiesen zwei Standorte bereits im Vorjahr eine fehlerhafte Dokumentation auf. Mit einem Standort wurde darüber hinaus eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

#### AK-ID 851800 = Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab

Im Auffälligkeitskriterium *Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab* wurden 10 der 395 datenliefernden Standorte (2,5 %) rechnerisch auffällig, wobei ein Standort bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig war. An 6 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 4 weiteren wurde eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei allen 4 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. Einer dieser Standorte dokumentierte bereits im Vorjahr fehlerhaft.

#### AK-ID 851812 = Hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis

Im Auffälligkeitskriterium *hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis* wurde keiner der 311 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig.<sup>3</sup> Im Vorjahr wies dieses AK besonders viele rechnerischen Auffälligkeiten (n = 64), aber nur wenige Fehldokumentationen auf, weshalb zum EJ 2020 der Referenzbereich geändert wurde.

<sup>3</sup> Im Vorjahr wies dieses AK besonders viele rechnerischen Auffälligkeiten (n = 64), aber nur wenige Fehldokumentationen auf, weshalb zum EJ 2019 der Referenzbereich geändert wurde.

**AK-ID 851813 = Letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert**

37 der 122 datenliefernden Standorte (30,3 %) wiesen bezüglich des Auffälligkeitskriteriums *letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert* eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon waren 13 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. An 12 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 25 Standorten wurde eine Stellungnahme angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 17 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 7 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden, wobei 2 dieser Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft dokumentierten. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

**AK-ID 851814 = Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht**

Hinsichtlich zu *Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht* waren 6 der 250 datenliefernden Standorte (2,4 %) rechnerisch auffällig, von denen 4 bereits im Erfassungsjahr 2018 auffällig waren. An 3 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 3 weiteren Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für alle 3 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.<sup>4</sup>

**AK-ID 851902= Häufig fehlende Angabe der BPD [neu zum EJ 2019]**

Im Auffälligkeitskriterium *häufig fehlende Angabe der BPD* wurden 28 der 176 datenliefernden Standorte (15,9 %) rechnerisch auffällig. An 8 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 20 Standorten Stellungnahmen angefordert. Als weiterführende Maßnahme fand eine Besprechung mit einem Standort statt. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 11 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 9 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 13: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul NEO

AK-ID	850206	850207	851800	851812	851813	851814	851902
Anzahl datenliefernder Standorte	516	324	395	311	122	250	176
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>							
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	27	9	10	0	37	6	28
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	5	2	1	0	13	4	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	1	0	0	0	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>							

<sup>4</sup> Änderung des Referenzbereiches auf das 95. Perzentil und Einführung einer Mindestfallzahl im Zähler von 2 Fällen haben dazu geführt, dass zu EJ 2019 weniger Standorte auffällig wurden als zu EJ 2018.

AK-ID	850206	850207	851800	851812	851813	851814	851902
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0	0	0	0
Hinweise verschickt	4	1	6	0	12	3	8
Stellungnahmen angefordert	23	8	4	0	25	3	20
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>							
Besprechung	0	0	0	0	0	0	1
Begehung	0	0	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	1	0	0	1	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>							
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	4	4	0	0	17	3	11
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	19	4	4	0	7	0	9
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	1	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>							
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	4	2	1	0	2	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0	0	0	0

AK-ID 850206 = Aufnahmetemperatur nicht angegeben

AK-ID 850207 = Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

AK-ID 851800 = Geburts- und Aufnahmegegewicht weichen voneinander ab

AK-ID 851812 = Hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis

AK-ID 851813 = Letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert

AK-ID 851814 = Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht

AK-ID 851902 = Häufig fehlende Angabe der BPD

### 3.1.10 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)

#### AK-ID 850147 = Angabe von ASA 5

Von 1.111 Standorten, die Daten zur *Angabe von ASA 5* lieferten, wurden 27 Standorte (2,4 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 13 Standorte Hinweise verschickt und von 14 Standorten Stellungnahmen

angefordert. Durch den Strukturierten Dialog wurde bei 5 Standorten eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 7 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert. 2 Standorte wurden mit „Sonstiges“ bewertet.

#### **AK-ID 850148 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation**

34 der 60 datenliefernden Standorte (56,7 %) wurden hinsichtlich einer *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation* rechnerisch auffällig. Davon waren 7 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 16 Standorte Hinweise verschickt und von 18 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 5 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 10 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. 3 weitere Standorte wurden mit „Sonstiges“ bewertet.

#### **AK-ID 850149 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen**

Von 209 datenliefernden Standorten wurden 7 Standorte (3,3 %) hinsichtlich einer *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen* rechnerisch auffällig. An einen Standort wurde ein Hinweis verschickt und von 6 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Durch den Strukturierten Dialog konnte für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 3 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Ein weiterer Standort wurde mit „Sonstiges“ bewertet.

Tabelle 14: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK

AK-ID	850147	850148	850149
Anzahl datenliefernder Standorte	1.111	60	209
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	27	34	7
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	2	7	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	2	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	13	16	1
Stellungnahmen angefordert	14	18	6
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0

AK-ID	850147	850148	850149
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	5	5	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	7	10	3
Sonstiges [S91, S99]	2	3	1
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 850147 = Angabe von ASA 5

AK-ID 850148 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

AK-ID 850149 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

### 3.1.11 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

#### AK-ID 851906 = Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung [neu zum EJ 2019]

56 der 1.195 datenliefernden Standorte (4,7 %) zur *häufigen Fehldokumentation der Seitenlokalisierung* wurden rechnerisch auffällig. An 19 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 37 weiteren Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden für 36 Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Ein weiterer Standort wurde mit „Sonstiges“ bewertet.

#### AK-ID 851907 = Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts [neu zum EJ 2019]

Im Auffälligkeitskriterium zur *Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts* wurden 41 der 699 datenliefernden Standorte (5,9 %) rechnerisch auffällig. Es wurden an 21 Standorte Hinweise verschickt und von 20 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs stellten sich 6 Dokumentationen als korrekt und 14 als fehlerhaft heraus.

#### AK-ID 850151 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

In Hinblick auf die *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation* wiesen 26 der 723 datenliefernden Standorte (3,6 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf, von denen 6 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort im Erfassungsjahr 2017 bereits rechnerisch auffällig waren. Von 10 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert und an die übrigen Standorte Hinweise versandt. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen

Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 8 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Ein weiterer Standort wurde mit „Sonstiges“ bewertet. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft.

#### **AK-ID 850152 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen**

28 der 926 datenliefernden Standorte (3,0 %) wurden hinsichtlich der *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen* rechnerisch auffällig, von denen 4 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 3 Standorte im Erfassungsjahr 2017 bereits rechnerisch auffällig waren. An 11 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 17 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 10 Standorte eine fehlerhafte und für 6 Standorte eine korrekte Dokumentation identifiziert. Ein Standort wurde mit „Sonstiges“ bewertet. Jeweils einer der Standorte dokumentierte sowohl im Erfassungsjahr 2018 als auch im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

#### **AK-ID 851804 = Irrtümlich angelegte Prozedurbögen**

29 der 811 datenliefernden Standorte (3,6 %) wiesen hinsichtlich der *irrtümlich angelegten Prozedurbögen* eine rechnerische Auffälligkeit auf, von denen 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 auffällig waren. An 10 Standorte wurden Hinweise verschickt und von den restlichen 19 Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation festgestellt werden. Die restlichen Standorte dokumentierten fehlerhaft, einer davon bereits im Erfassungsjahr 2018. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

#### **AK-ID 851905 = Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer [neu zum EJ 2019]**

Für das Auffälligkeitskriterium *Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer* lieferten 1.069 Standorte Daten. Von diesen wurden 8 Standorte (0,7 %) rechnerisch auffällig. 3 Standorte erhielten Hinweise und von 5 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Es stellte sich im Strukturierten Dialog heraus, dass 3 Standorte korrekt und zwei Standorte fehlerhaft dokumentierten.

Tabelle 15: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HEP

AK-ID	851906	851907	850151	850152	851804	851905
Anzahl datenliefernder Standorte	1.195	699	723	926	811	1.069
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	56	41	26	28	29	8
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	6	4	4	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	1	3	0	0

AK-ID	851906	851907	850151	850152	851804	851905
<b>Maßnahmen</b>						
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0	0	0
Hinweise verschickt	19	21	16	11	10	3
Stellungnahmen angefordert	37	20	10	17	19	5
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>						
Besprechung	0	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	1	1	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>						
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	6	1	6	2	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	36	14	8	10	17	2
Sonstiges [S91, S99]	1	0	1	1	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>						
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	1	1	1	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	1	0	0

AK-ID 851906 = Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung

AK-ID 851907 = Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts

AK-ID 850151 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

AK-ID 850152 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

AK-ID 851804 = Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

AK-ID 851905 = Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

### 3.1.12 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

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

15 der 1.041 datenliefernden Standorte (1,4 %) wurden hinsichtlich der *häufigen Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen* rechnerisch auffällig, von denen 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig waren. An einen Standort wurde ein Hinweis verschickt. Von den

14 Standorten, für die eine Stellungnahme angefordert wurde, lag im Ergebnis des Strukturierten Dialogs bei 4 Standorten eine fehlerhafte und bei 9 Standorten eine korrekte Dokumentation vor. Ein Standort wurde mit „Sonstiges“ bewertet.

**AK-ID 850307 = Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen**

Bezüglich der *Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen* wurden 34 der 544 datenliefernden Standorte (6,3 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 12 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 20 Standorte Hinweise verschickt und von 14 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden für 12 Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert, wovon 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft dokumentierten. Für einen Standort konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei einem weiteren Standort die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen werden. Mit einem Standort wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

**AK-ID 851909 = Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung [neu zum EJ 2019]**

In Hinblick auf die *häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung* wurden 51 der 1.055 datenliefernden Standorte (4,8 %) rechnerisch auffällig. Es wurden an 17 Standorte Hinweise verschickt und von 34 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 5 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 29 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

**AK-ID 850305 = Angabe von ASA 5**

Hinsichtlich der *Angabe von ASA 5* wurden keine der 1.055 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig.

**AK-ID 850336 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation**

14 der 233 datenliefernden Standorte (6,0 %) waren in Bezug auf die *Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation* rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden 8 Hinweise verschickt sowie von 6 Standorten Stellungnahmen angefordert, für die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs die Dokumentation bei 3 Standorten als korrekt und bei 3 weiteren Standorten als fehlerhaft bewertet wurde. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft.

**AK-ID 851908 = Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer [neu zum EJ 2019]**

Bezüglich des Auffälligkeitskriteriums *Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer* wurden 28 der 979 datenliefernden Standorte (2,9 %) rechnerisch auffällig. 10 Standorte erhielten daraufhin einen Hinweis und von 18 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis stellte sich heraus, dass 8 Standorte korrekt und 10 Standorte fehlerhaft dokumentierten.

**AK-ID 851910 = Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts [neu zum EJ 2019]**

Bezüglich der *Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts* wurden 4 von 117 Standorten (3,4 %) rechnerisch auffällig. Von diesen Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden für 3 Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert und für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Tabelle 16: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul KEP

AK-ID	850306	850307	851909	850305	850336	851908	851910
Anzahl datenliefernder Standorte	1.041	544	1.055	1.055	233	979	117
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>							
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	15	34	51	0	14	28	4
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	2	12	0	0	2	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	2	0	0	1	0	0
<b>Maßnahmen</b>							
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0	0	0	0
Hinweise verschickt	1	20	17	0	8	10	0
Stellungnahmen angefordert	14	14	34	0	6	18	4
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>							
Besprechung	0	0	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	1	0	0	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>							
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	9	1	5	0	3	8	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	4	12	29	0	3	10	3
Sonstiges [S91, S99]	1	1	0	0	0	0	1
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>							

AK-ID	850306	850307	851909	850305	850336	851908	851910
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	3	0	0	1	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0	0	0	0

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

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

AK-ID 851909 = Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisation

AK-ID 850305 = Angabe von ASA 5

AK-ID 850336 = Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

AK-ID 851908 = Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

AK-ID 851910 = Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthalts

### 3.1.13 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)

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

Hinsichtlich einer häufigen Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1) wurden 64 der 1.931 datenliefernden Standorte (3,3 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 16 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 3 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Insgesamt wurden an 6 Standorte Hinweise verschickt und von 58 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 6 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt werden und bei 45 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Davon dokumentierten 12 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 3 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft. Für die übrigen 7 Standorte erfolgte die Bewertung „Sonstiges“. Als weiterführende Maßnahme wurde mit 3 Standorten eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

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

Hinsichtlich einer häufigen Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ wurden 29 der 1.931 datenliefernden Standorte (1,5 %) rechnerisch auffällig, von denen 12 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 6 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig waren. Es wurden von allen 29 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 7 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 4 Standorte die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen werden. Bei 18 Standorten wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt, von denen 5 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft dokumentierten. Als weiterführende Maßnahme wurden mit 5 Standorten Zielvereinbarungen abgeschlossen.

**AK-ID 851805 = Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik**

21 der 1.931 datenliefernden Standorte (1,1 %) wurden hinsichtlich der *relativen Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik* rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 auffällig. Es wurden an 5 Standorte Hinweise verschickt und von 16 Standorten wurde eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 10 Standorten konnten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden. Für 4 weitere Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Tabelle 17: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul DEK

AK-ID	850359	850361	851805
Anzahl datenliefernder Standorte	1.931	1.931	1.931
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	64	29	21
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	16	12	3
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	3	6	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	6	0	5
Stellungnahmen angefordert	58	29	16
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	3	5	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	6	7	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	45	18	10
Sonstiges [S91, S99]	7	4	4
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			

AK-ID	850359	850361	851805
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	12	5	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	3	2	0

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 851805 = Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

### 3.1.14 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

#### AK-ID 811822 = Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

62 der 1.402 datenliefernden Standorte (4,4 %) wurden hinsichtlich einer *häufigen Angabe von chronischer Bettlägerigkeit* rechnerisch auffällig. Von diesen Standorten waren 18 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 7 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. An 10 Standorte wurden Hinweise versendet. Von 52 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert, von denen 27 Standorte im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als korrekt dokumentiert eingestuft wurden. Bei 23 Standorten war die Dokumentation hingegen fehlerhaft, wovon 5 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft dokumentierten. Für zwei Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Als weiterführende Maßnahmen wurde mit 4 Standorten eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

#### AK-ID 811826 = Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Bezüglich der *häufigen Angabe von  $\geq 30$  Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“* wurden 38 der 1.386 datenliefernden Standorte (2,7 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 7 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 3 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. An 15 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 23 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 13 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 10 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. Davon dokumentierte ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

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

In Hinblick auf den *häufig gleichen Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“* wurden 39 der 1.386 datenliefernden Standorte (2,8 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An 24 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 15 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 9 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 4 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für 2 weitere Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

**AK-ID 851900 = Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben [neu zum EJ 2019]**

Bei der Angabe eines *häufig dokumentierten Therapieverzichts kurz vor Versterben* wurden 11 der 1.151 datenliefernden Standorte (1,0 %) rechnerisch auffällig. 4 dieser Standorte erhielten einen Hinweis, 7 Standorte eine Aufforderung zur Stellungnahme. Im Ergebnis des Strukturieren Dialogs stellte sich heraus, dass 4 Standorte korrekt und 3 Standorte fehlerhaft dokumentierten. Als weiterführende Maßnahme wurde mit einem Standort eine Besprechung durchgeführt.

Tabelle 18: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNEU

AK-ID	811822	811826	811825	851900
Anzahl datenliefernder Standorte	1.402	1.386	1.386	1.151
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	62	38	39	11
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	18	7	3	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	7	3	0	0
<b>Maßnahmen</b>				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	10	15	24	4
Stellungnahmen angefordert	52	23	15	7
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechung	0	0	0	1
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	4	1	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	27	13	9	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	23	10	4	3
Sonstiges [S91, S99]	2	0	2	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>				
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	5	1	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0

AK-ID 811822 = Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

AK-ID 811826 = Häufige Angabe von  $\geq 30$  Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

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

AK-ID 851900 = Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

## Direkte QS-Verfahren

Die Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren sind in folgender Abbildung 7 und Abbildung 8 dargestellt.

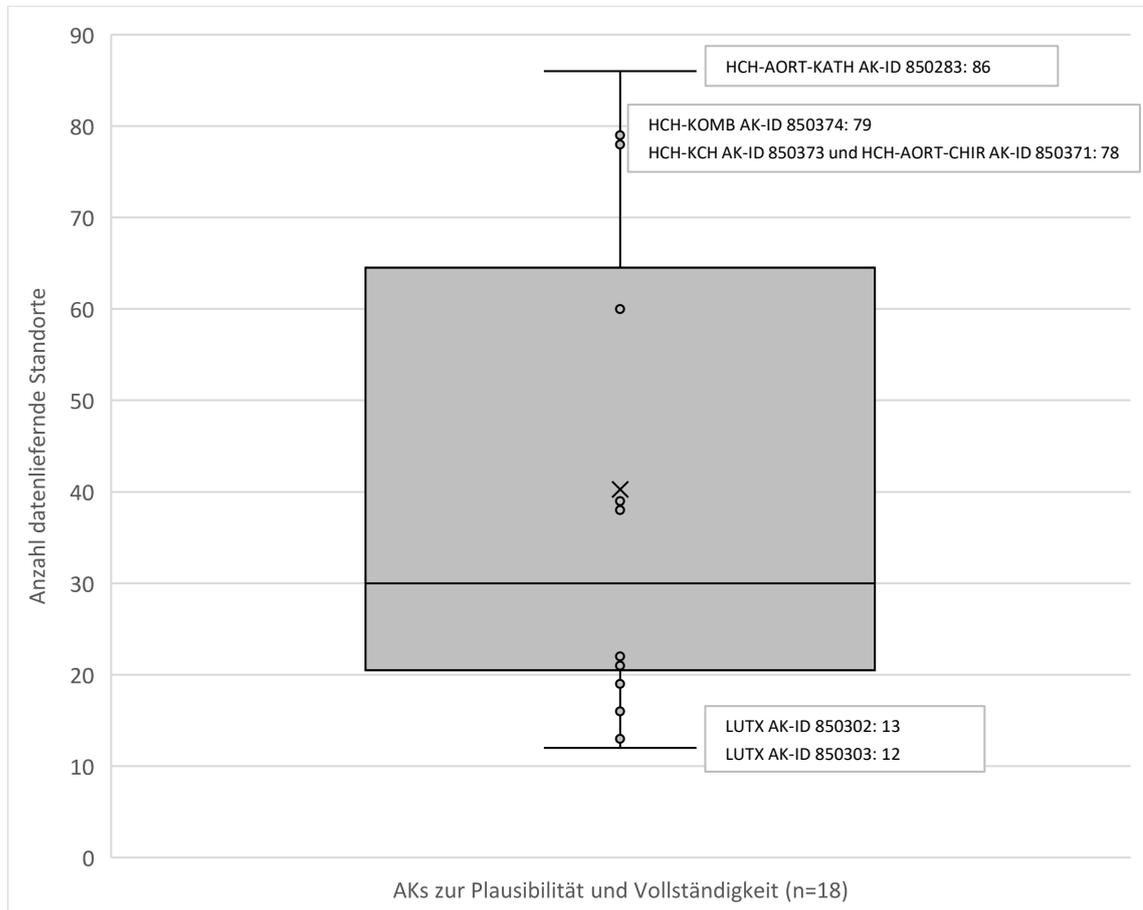


Abbildung 7: Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass für die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren unterschiedlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit bei den direkten QS-Verfahren 40,3 Standorte Daten geliefert. Im Vergleich lieferten durchschnittlich  $\approx 812$  Standorte Daten zu einem AK zur Plausibilität und Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Standort auch Daten zu mehreren AKs liefern kann. Das Minimum der datenliefernden Standorte pro AK liegt bei 12 (AK-ID 850303; LUTX) und das Maximum bei 86 (AK-ID 850283; HCH-AORT-KATH). Einen statistischen Ausreißer stellt neben dem AK 850283 im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH ebenfalls das AK 850374 im Auswertungsmodul HCH-KOMB dar, zu denen 79 Standorte Daten lieferten, sowie die AKs 850373 in HCH-KCH und 850371 in HCH-AORT-CHIR, zu denen jeweils 78 Standorte Daten lieferten.

In den direkten Verfahren wurden 18 AKs überprüft und 18 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt bestanden 6 rechnerische Auffälligkeiten bei Standorten im gleichen AK bereits im Vorjahr (EJ 2018) und eine rechnerische Auffälligkeit bestand bereits im Vorvorjahr (EJ 2017). Es wurden für alle rechnerische Auffälligkeiten Stellungnahmen angefordert. Es erfolgten keine weiteren Maßnahmen wie Besprechungen, Begehungen oder Zielvereinbarungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 8-mal (44,4 %) als korrekt [U30, U99] und 10-mal (55,5 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft.

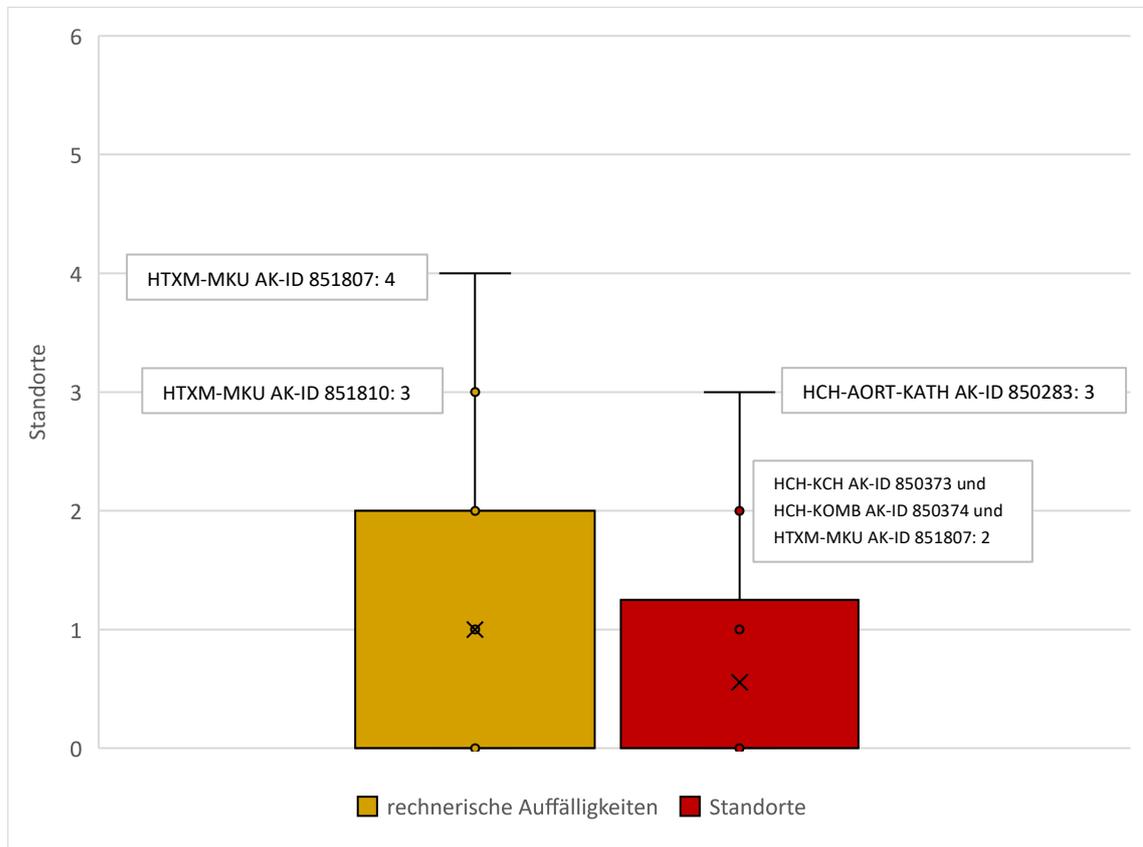


Abbildung 8: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019

Abbildung 8 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der auffällig gewordenen Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel war ein Standort pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren rechnerisch auffällig. Von insgesamt 10 rechnerischen Auffälligkeiten, wo die Dokumentation unter allen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren als fehlerhaft eingestuft worden ist, wiesen minimal kein Standort und maximal 3 Standorte fehlerhafte Dokumentationen zu einem Auffälligkeitskriterium auf. Dabei stellen neben dem AK 850283 im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH ebenso das AK 850373 in HCH-KCH, das AK 850374 in HCH-KOMB sowie das AK 851807 in HTXM-MKU einen statistischen Ausreißer dar (Abbildung 8).

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen einzuordnen, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Standorten bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen gesetzt. Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren ist in folgendem Säulendiagramm (Abbildung 9) abgebildet.

Im Vergleich zu den anderen AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren hatten die AKs im Auswertungsmodul HTXM-MKU in beiden geprüften AKs (851810 und 851807) mit 3 und 4 Standorten die höchsten Anteile rechnerisch auffälliger Standorte an datenliefernden Standorten (5,0 % und 6,7 %) (Abbildung 9). Hervorzuheben ist, dass es im Auswertungsmodul PNTX-D – so wie bereits in den letzten beiden Vorjahren – auch für HTXM-TX keine rechnerisch auffälligen Standorte in den jeweiligen AKs zu EJ 2019 gegeben hat.

In Abbildung 10 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. In dieser Darstellung würde die Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen den Hinweisen entsprechen, jedoch wurde, anders als bei den indirekten QS-Verfahren, in keinem Auswertungsmodul ein Hinweis verschickt.

Von 18 AKs lagen für 10 AKs keine rechnerischen Auffälligkeiten vor, sodass keine Maßnahmen getroffen werden mussten. Bei den weiteren 8 AKs lagen rechnerische Auffälligkeiten vor, sodass ein Strukturierter Dialog geführt wurde. Bei 3 AKs aus dem Bereich Herzchirurgie wurde nach angeforderter Stellungnahme eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt (AK 850373 in HCH-KCH, AK 850283 in HCH-AORT-KATH, AK 850374 in HCH-KOMB).

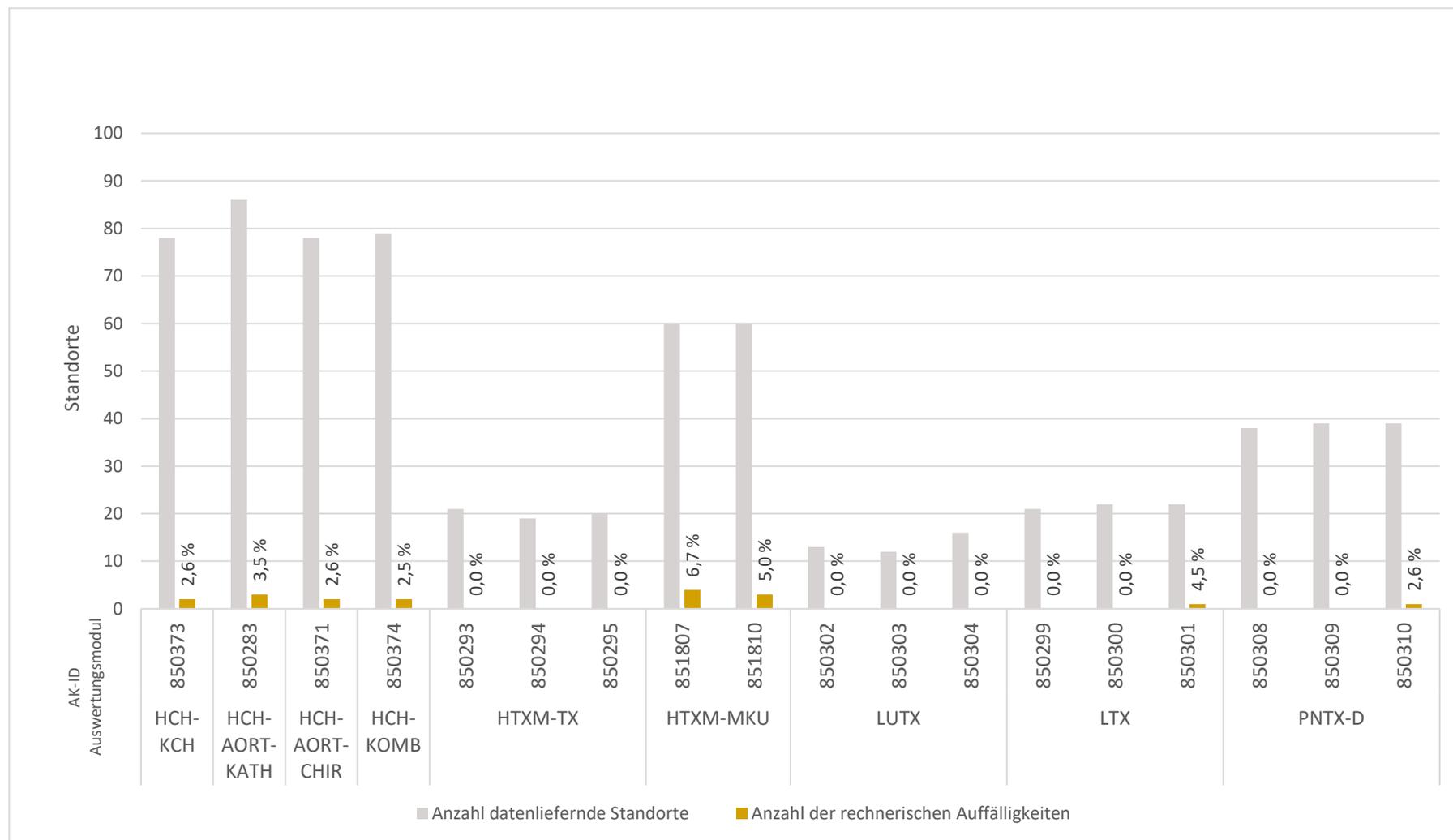


Abbildung 9: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019

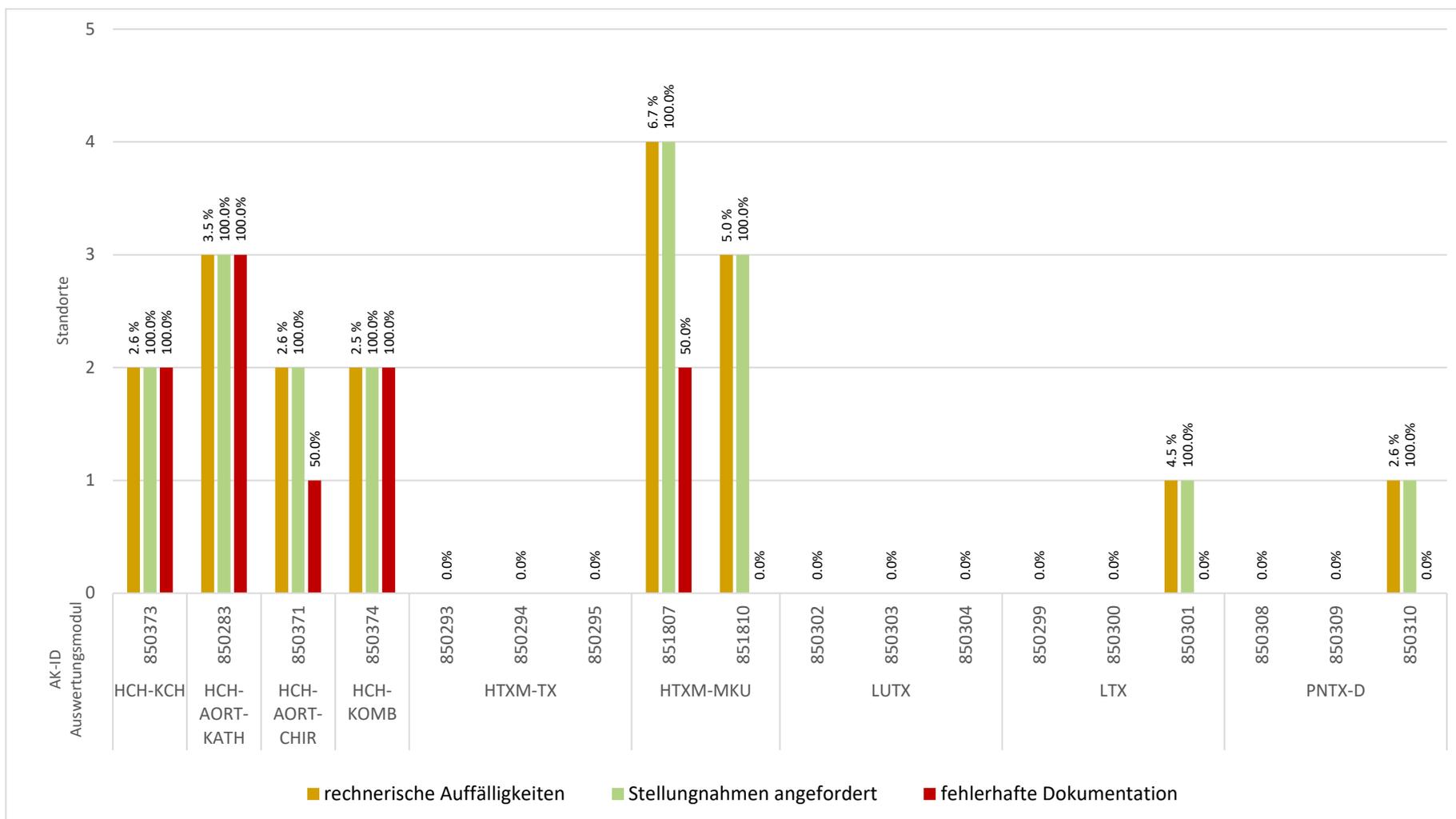


Abbildung 10: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019

In Tabelle 19 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholt rechnerisch auffälligen Standorten und wiederholt fehlerhaft dokumentierenden Standorten der Erfassungsjahre 2018 und 2017 aufgeführt. Von den 18 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten Verfahren ist es für 4 AKs vorgekommen, dass Standorte wiederholt rechnerisch auffällig waren. Im AK 850283 des Auswertungsmoduls HCH-AORT-KATH war ein Standort bspw. seit dem EJ 2017 wiederholt rechnerisch auffällig und wiederholt fehlerhaft dokumentierend (Tabelle 19).

Tabelle 19: Alle Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren, bei denen Standorte wiederholt rechnerisch auffällig wurden und die wiederholt bestätigte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerisch auffällige Standorte			Standorte mit fehlerhafter Dokumentation		
		EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017	EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017
HCH-KCH	850373	2	1	0	2	1	0
HCH-AORT-KATH	850283	3	2	1	3	2	1
HCH-KOMB	850374	2	1	0	2	1	0
HTXM-MKU	851807	4	2	0	2	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>11</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>1</b>

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren je Auswertungsmodul beschrieben.

## Herzchirurgie

Insgesamt waren im Verfahrensgebiet *Herzchirurgie* von allen überprüften AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit 9 Standorte rechnerisch auffällig, von denen bei 8 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde.

### 3.1.15 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

#### AK-ID 850373 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Hinsichtlich eines *ungewöhnlich hohen Risikoprofils* waren 2 (2,6 %) der 78 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurden zwei fehlerhafte Dokumentationen an beiden rechnerisch auffälligen Standorten identifiziert. Dabei wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 20: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KCH

<b>AK-ID</b>	<b>850373</b>
Anzahl datenliefernder Standorte	78
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0
<b>Maßnahmen</b>	
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0
Hinweise verschickt	0
Stellungnahmen angefordert	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Besprechung	0
Begehung	0
Zielvereinbarung	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>	
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0

AK-ID 850373 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

### 3.1.16 Aortenklappenchirurgie, isoliert

#### 3.1.16.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) (HCH-AORT-KATH)

##### AK-ID 850283 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Hinsichtlich eines *ungewöhnlich hohen Risikoprofils* wurden 3 der 86 datenliefernden Standorte (3,5 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs

rierten Dialogs wurden bei allen 3 rechnerisch auffälligen Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Zwei dieser Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 21: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH

<b>AK-ID</b>	<b>850283</b>
Anzahl datenliefernder Standorte	86
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	2
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	1
<b>Maßnahmen</b>	
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0
Hinweise verschickt	0
Stellungnahmen angefordert	3
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Besprechung	0
Begehung	0
Zielvereinbarung	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	3
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>	
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	2
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	1

AK-ID 850283 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

### 3.1.16.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) (HCH-AORT-CHIR)

#### AK-ID 850371 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Hinsichtlich eines *ungewöhnlich hohen Risikoprofils* waren 2 (2,6 %) der 78 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig. Bei einem rechnerisch auffälligen Standort wurde im Ergebnis

des Strukturierten Dialogs die korrekte Dokumentation bestätigt. Für den anderen Standort wurde eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

Tabelle 22: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-CHIR

AK-ID	850371
Anzahl datenliefernder Standorte	78
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0
<b>Maßnahmen</b>	
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0
Hinweise verschickt	0
Stellungnahmen angefordert	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Besprechung	0
Begehung	0
Zielvereinbarung	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>	
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0

AK-ID 850371 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

### 3.1.17 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB)

#### AK-ID 850374 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Hinsichtlich eines *ungewöhnlich hohen Risikoprofils* waren 2 (2,5 %) der 79 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig. Beide rechnerisch auffälligen Standorte wurden im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als fehlerhafte Dokumentation eingestuft. Ein Standort davon wies bereits im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

Tabelle 23: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-KOMB

<b>AK-ID</b>	<b>850374</b>
Anzahl datenliefernder Standorte	79
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0
<b>Maßnahmen</b>	
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0
Hinweise verschickt	0
Stellungnahmen angefordert	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Besprechung	0
Begehung	0
Zielvereinbarung	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>	
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0

AK-ID 850374 = Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

## Transplantationsmedizin

Insgesamt waren im Verfahrensgebiet *Transplantationsmedizin* von allen überprüften Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 9 Standorte rechnerisch auffällig, von denen 2 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation im Strukturierten Dialog bestätigten. Für 7 Standorte wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine korrekte Dokumentation bestätigt.

### 3.1.18 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

#### 3.1.18.1 Herztransplantation (HTXM-TX)

Im Auswertungsmodul HTXM-TX wiesen keine der datenliefernden Standorte rechnerische Auffälligkeiten in einer *häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus* weder im 1-Jahres-Follow-up, im 2-Jahres-Follow-up noch im 3-Jahres-Follow-up auf.

Tabelle 24: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX

AK-ID	850293	850294	850295
Anzahl datenliefernder Standorte	21	19	22
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	0
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

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

AK-ID 850294 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850295 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

### 3.1.18.2 Herzunterstützungssysteme (HTX-MKU)

#### AK-ID 851807 = Angabe von VA-ECMO bei Systemart

Von 60 datenliefernden Standorten wurden 4 Standorte (6,7 %) zur *Angabe von VA-ECMO bei Systemart* rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte die Dokumentation für 2 Standorte als korrekt bestätigt und bei 2 Standorten als fehlerhaft identifiziert werden.

#### AK-ID 851810 = Häufige Systemwechsel und -ergänzungen

Von 60 Standorten, die Daten zu *häufigen Systemwechseln und -ergänzungen* lieferten, waren 3 Standorte (5,0 %) rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für alle 3 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt.

Tabelle 25: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul HTX-MKU

AK-ID	851807	851810
Anzahl datenliefernder Standorte	60	60
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	4	3
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	2	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	0	0
Stellungnahmen angefordert	4	3
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		

AK-ID	851807	851810
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0

AK-ID 851807 = Angabe von VA-ECMO bei Systemart

AK-ID 851810 = Häufige Systemwechsel und -ergänzungen

### 3.1.19 Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation (LUTX)

Im Auswertungsmodul LUTX wiesen keine der datenliefernden Standorte rechnerische Auffälligkeiten in einer *häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus* weder im 1-Jahres-Follow-up, im 2-Jahres-Follow-up noch im 3-Jahres-Follow-up auf.

Tabelle 26: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LUTX

AK-ID	850302	850303	850304
Anzahl datenliefernder Standorte	13	12	16
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	0
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0

AK-ID	850302	850303	850304
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 850302 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850303 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850304 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

### 3.1.20 Lebertransplantation (LTX)

#### AK-ID 850299 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

Von den 21 datenliefernden Standorten wies keiner eine rechnerische Auffälligkeit in der *häufigen Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up* auf.

#### AK-ID 850300 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

Zur *häufigen Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up* wies ebenfalls keiner der 22 datenliefernden Standorte eine rechnerische Auffälligkeit auf.

#### AK-ID 850301 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

Von 22 Standorten, die Daten zur *häufigen Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up* lieferten, wurde ein Standort (4,5 %) rechnerisch auffällig. Im Ergebnis der Auswertung der Stellungnahme wurde eine korrekte Dokumentation an diesem Standort bestätigt.

Tabelle 27: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul LTX

AK-ID	850299	850300	850301
Anzahl datenliefernder Standorte	21	22	22
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			

AK-ID	850299	850300	850301
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 850299 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850300 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850301 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

### 3.1.21 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)

#### AK-ID 850308 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

Von den 38 datenliefernden Standorten wies keiner eine rechnerische Auffälligkeit in der *häufigen Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up* auf.

#### AK-ID 850309 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

Zur *häufigen Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up* wies ebenfalls keiner der 39 datenliefernden Standorte eine rechnerische Auffälligkeit auf.

#### AK-ID 850310 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

Von 39 Standorten, die Daten zur *häufigen Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up* lieferten, wurde ein Standort (2,6 %) rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde eine korrekte Dokumentation an diesem Standort bestätigt.

Tabelle 28: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNTX-D

AK-ID	850308	850309	850310
Anzahl datenliefernder Standorte	38	39	39
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	1

AK-ID	850308	850309	850310
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 850308 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850309 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850310 = Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

### 3.2 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Zum Erfassungsjahr 2019 wurden 8 indirekte und 4 direkte QS-Verfahrensgebiete mithilfe von 89 verfahrensbezogenen Auffälligkeitskriterien geprüft. Darunter fallen 21 QS-Verfahren mit 25 Auswertungsmodulen, für die Ergebnisse dargestellt werden, da für alle Auswertungsmodule Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit vorhanden sind. Für alle QS-Verfahren liegen zur Vollzähligkeit insgesamt 51.624 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien vor, die sich daraus ergeben, dass ein Standort auch zu mehreren Auffälligkeitskriterien Daten liefern kann.

Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2019 wurden bei der Überprüfung der 89 Auffälligkeitskriterien insgesamt 946 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von 1,8 % an allen rechnerischen Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Für die indirekten QS-Verfahren wurden 50 Auffälligkeitskriterien überprüft und 841 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Bei den direkten QS-Verfahren waren es 39 Auffälligkeitskriterien und 105 rechnerische Auffälligkeiten. Insgesamt traten 119 (12,6 %) aller rechnerischen Auffälligkeiten wiederholt bei gleichen Standorten in den gleichen AKs seit dem Erfassungsjahr 2018 auf und 55 (5,8 %) wiederholt bereits seit dem Erfassungsjahr 2017.

Für 946 rechnerische Auffälligkeiten wurde an 479 Standorten das Verfahren zum Strukturierten Dialog eingeleitet. Es wurden insgesamt 525 (55,5 %) Hinweise verschickt (nur indirekte QS-Verfahren) und 420 (44,4 %) Stellungnahmen angefordert (indirekte QS-Verfahren: n = 315, direkte QS-Verfahren: n = 105). Insgesamt wurde einmal keine Maßnahme ergriffen [S90].

Ausgehend von 420 Stellungnahmen erfolgten 3 (0,7 %) Zielvereinbarungen, aber keine Besprechungen und Begehungen zur Optimierung der Dokumentationsqualität. Allesamt erfolgten für Auffälligkeitskriterien der indirekten QS-Verfahren. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 114-mal (27,1 %) als korrekt [U30, U99] und 197-mal (46,9 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Insgesamt 109-mal (26,0 %) erfolgte die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99]. Von 197 fehlerhaft festgestellten Dokumentationen, die bei Standorten im gleichen AK bestanden, lagen 19 (9,6 %) fehlerhafte Dokumentationen bereits im Erfassungsjahr 2018 und 7 (3,6 %) bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 vor.

Es lassen sich grundsätzlich vier Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit unterscheiden:

1. Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation, zzgl. der Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation in Zählleistungsbereichen und der Unterdokumentation von Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Patientinnen und -Patienten)
2. Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation
3. Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz (MDS)
4. Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up<sup>5</sup>

Die Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation werden seit dem Erfassungsjahr 2019 weiterhin in allen direkten QS-Verfahren geprüft. In den transplantationsmedizinischen sowie seit

---

<sup>5</sup> Titel wurde zum Erfassungsjahr 2019 angepasst, vorher: Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate im Follow-up

dem Erfassungsjahr 2019 auch in den herzchirurgischen QS-Verfahren liegt der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium bei  $\geq 100,0\%$ .

In den indirekten QS-Verfahren gibt es die Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation nur noch in den einzelnen Zählleistungsbereichen bei HEP und KEP. Die Referenzbereiche für diese Unterdokumentations-AKs liegen bei  $\geq 95,0\%$ .

In wenigen Verfahren wird eine Unterdokumentation von Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Patientinnen und -Patienten) geprüft (HEP, KEP, *Herzschrittmacherversorgung und implantierbare Defibrillatoren* (09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV, 09n4-DEFI-IMPL, 09n5-DEFI-AGGW, 09n6-DEFI-REV)). Mit diesem Auffälligkeitskriterium wird begutachtet, ob alle Datensätze zu GKV-Patientinnen und GKV-Patienten vollständig und plausibel sind. Für nicht angegebene Fälle kann kein Pseudonym für Patientinnen und Patienten gebildet werden, sodass diese Fälle aus den Follow-up-Indikatoren herausfallen. Ein Krankenhausstandort wird rechnerisch auffällig, wenn mehr als 5 % seiner dokumentationspflichtigen GKV-Fälle nicht als solche zu identifizieren sind.

Die Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation werden weiterhin in allen QS-Verfahren geprüft. Die Referenzbereiche für diese Auffälligkeitskriterien liegen bei  $\leq 110,0\%$ .

Die Auffälligkeitskriterien zum MDS wurden in allen QS-Verfahren mit Ausnahme der transplantationsmedizinischen QS-Verfahren angewandt. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei  $\leq 5,0\%$ , sodass bei Überschreitung eines Anteils von 5,0 % Minimaldatensätzen an den für ein QS-Verfahren gelieferten Datensätzen ein Krankenhausstandort rechnerisch auffällig wird.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up finden ausschließlich bei den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren Anwendung und es gilt zu prüfen, ob zu mindestens 95,0 % (Referenzbereich  $\geq 95,0\%$ ) der dokumentationspflichtigen Follow-up-Fälle ein vollständiger und plausibler Follow-up-Datensatz zum jeweils 1-Jahres-, 2-Jahres- und 3-Jahres-Follow-up vorliegt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit auf AK-Ebene verfahrensbezogen dargestellt, gegliedert nach indirekten und direkten QS-Verfahren. Die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte, (wiederholte) rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen, weiterführende Maßnahmen, Bewertungen nach Strukturiertem Dialog und wiederholte fehlerhafte Dokumentationen werden pro QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul in einer Tabelle dargestellt. Zu Beginn wird ein Überblick über die Verteilung der datenliefernden Standorte, der rechnerischen Auffälligkeiten sowie der fehlerhaften Dokumentation für die Auffälligkeitskriterien der indirekten bzw. direkten QS-Verfahren gegeben. Ebenso werden die relativen Anteile bspw. der fehlerhaften Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen mithilfe eines Säulendiagramms zwischen den Auffälligkeitskriterien verglichen. Weitere Abbildungen und Tabellen veranschaulichen die Anzahl der Standorte, die wiederholt rechnerisch auffällig waren oder (wiederholt) fehlerhaft dokumentiert haben.

Alle Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium sowie die detaillierten Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen. Ebenso finden sich im Anhang Maßnahmen und Einstufungen im Bundesländervergleich.

## Indirekte QS-Verfahren

Die Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren sind in den zwei folgenden Abbildungen dargestellt (Abbildung 11 und Abbildung 12).

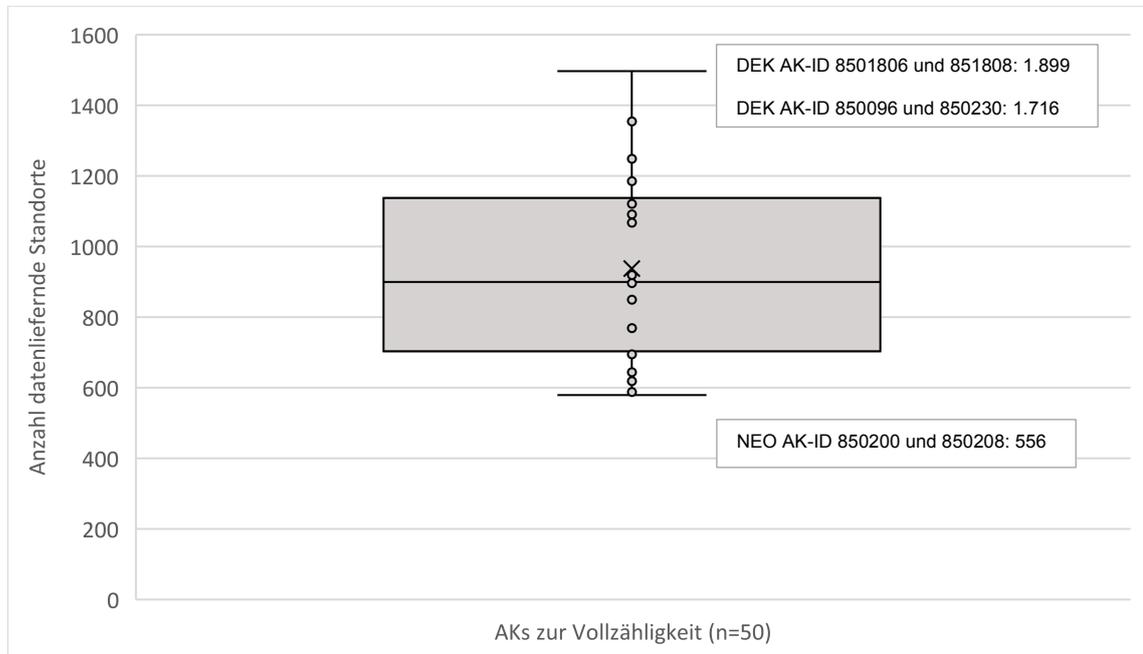


Abbildung 11: Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass für die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren unterschiedlich viele Standorte Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit bundesweit 1.003 Standorte Daten geliefert. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Standort auch zu mehreren AKs Daten liefern kann. Das Minimum der datenliefernden Standorte pro AK liegt bei 556 (AK-ID 850200 und wie im Vorjahr AK-ID 850208, beides im Auswertungsmodul NEO) Standorten. Das Maximum ist in diesem Fall ein statistischer Ausreißer und liegt bei 1.899 datenliefernden Standorten im Auswertungsmodul DEK für die beiden AKs 8501806 und 851808 (Abbildung 11). Im Vergleich zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit haben im Durchschnitt mehr Standorte pro AK Daten zur Vollzähligkeit geliefert.

Für die indirekten QS-Verfahren wurden 50 AKs überprüft und 841 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt traten 86 rechnerische Auffälligkeiten wiederholt bei Standorten im gleichen AK seit dem Vorjahr (EJ 2018) auf und 32 wiederholt seit dem Vorvorjahr (EJ 2017).

Insgesamt wurde bei den indirekten Verfahren 525-mal (62,4 %) ein Hinweis verschickt und 315-mal (37,5 %) um eine Stellungnahme gebeten. Einmal (0,1 %) erfolgte keine Maßnahme [S90]. Es erfolgten insgesamt 3 Zielvereinbarungen (0,4 %), aber keine Besprechungen und Begehun-

gen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 78-mal (24,8 %) als korrekt [U30, U99] und 129-mal (41,0 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für 108 Stellungen wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] vergeben (34,3 %).

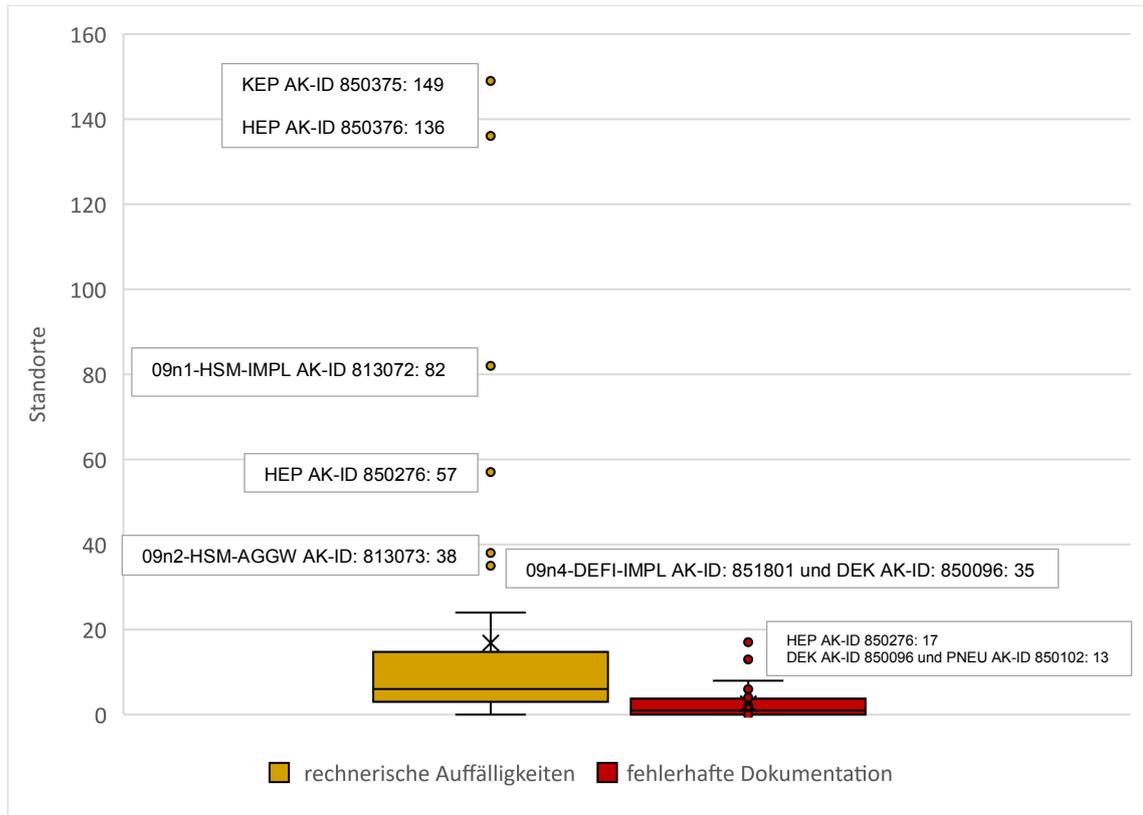


Abbildung 12: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019

Abbildung 12 veranschaulicht die Verteilung der rechnerisch auffällig gewordenen Standorte und festgestellten fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel waren 16,8 Standorte pro AK zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren rechnerisch auffällig. Das Minimum der rechnerisch auffälligen Standorte pro AK liegt bei 0 (AK-ID 850218: 09n2-HSM-AGGW und AK-ID 850221: 09n5-DEFI-AGGW und AK-ID 850226: 16n1-GEBH). Das Maximum stellt einen statistischen Ausreißer dar und liegt bei 149 rechnerisch auffälligen Standorten im AK 850375; KEP. Das AK mit den am zweithäufigsten rechnerisch auffälligen Standorten stellt mit 136 rechnerisch auffälligen Standorten ebenfalls einen statistischen Ausreißer dar und liegt im Auswertungsmodul HEP für das AK 850376 (Abbildung 12).

Gegenüber den rechnerischen Auffälligkeiten gab es weniger fehlerhafte Dokumentationen. Unter allen AKs zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren wiesen minimal kein Standort und maximal 17 Standorte pro AK fehlerhafte Dokumentationen auf. Statistische Ausreißer der festgestellten fehlerhaften Dokumentation stellen drei AKs (HEP: AK-ID 850276, DEK: AK-ID 850096 und PNEU: AK-ID 850102) dar (Abbildung 12). Im arithmetischen Mittel haben 2,6 Standorte pro AK zur Vollzähligkeit fehlerhaft dokumentiert.

Verglichen mit den Verteilungen der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit waren durchschnittlich weniger Standorte in einem AK zur Vollzähligkeit rechnerisch auffällig oder hatten eine fehlerhafte Dokumentation.

Bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten zur Vollzähligkeit insgesamt ist zu erkennen, dass sich diese unterschiedlich auf die Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit verteilen. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten bestanden wie auch in den Vorjahren zur Unterdokumentation, obwohl zu EJ 2019 nicht mehr alle QS-Verfahren in diesem AK geprüft wurden. Auch die absolute Anzahl und der Anteil bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten der AKs zur Vollzähligkeit bei den indirekten Verfahren insgesamt haben im AK zur Unterdokumentation gegenüber dem Vorjahr zugenommen (EJ 2018: n = 471 (66,9 %) vs. EJ 2019: n = 608 (72,3 %)).

Vornehmlich ist der Anstieg der rechnerisch auffälligen Standorte auf das AK *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* in den QS-Verfahren *Herzschrittmacher* und *Defibrillatoren* (EJ 2020: n = 212 vs. EJ 2019: n = 80) sowie *Hüftendoprothesenversorgung* (EJ 2020: n = 136 vs. EJ 2019: n = 36) und *Knieendoprothesenversorgung* (EJ 2020: n = 149 vs. EJ 2019: n = 23) zurückzuführen. Der Anstieg der rechnerisch auffälligen Standorte ist in der Mehrheit der Fälle wahrscheinlich auf technische Aspekte bei den Softwareanbietern und nicht auf Gründe bei den Krankenhausstandorten zurückzuführen. Es wurde festgestellt, dass besonders Krankenhäuser bei dem AK *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* auffällig waren, die die Software IQ-H (KAP GmbH) oder IFU (Institut für Unternehmensforschung OR GmbH) verwenden. Der besondere Personenkreis wird automatisch aus dem KIS übernommen, ist beim Export zum GKV-Status aber nicht korrekt berücksichtigt worden. Da es für diese Konstellation bis dato keine Fehlermeldung im Datenflussprotokoll gab, war dieser Fehler beim Export für die Krankenhäuser nur schwer nachvollziehbar. Dies würde auch erklären, weshalb der Anteil an Hinweisen im Vergleich zum Vorjahr deutlich zugenommen hat sowie die Einstufung in die Kategorie „Sonstiges“ (S91 und S99). Die Bewertungsart „Sonstiges“ lag für alle AKs zur Unterdokumentation bei ≈ 55 % und bei lediglich 4 % im Vorjahr (vgl. Tabelle 29).

Die meisten Stellungnahmen wurden in den AKs zum Minimaldatensatz angefordert, von denen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs bei über 75 % eine korrekte Dokumentation bestätigt werden konnte. Fehlerhafte Dokumentationen wurden im Strukturierten Dialog am häufigsten zum Auffälligkeitskriterium Überdokumentation festgestellt (Tabelle 29).

Tabelle 29: Auswertungen des Strukturierten Dialogs differenziert nach den drei Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren insgesamt

	<b>AKs zur Unterdoku- mentation</b>	<b>AKs zur Überdoku- mentation</b>	<b>AKs zum Minimal- datensatz</b>
<b>Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten</b> (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten insgesamt (n = 841).)	608 (72,3 %)	148 (17,6 %)	85 (10,1 %)

	<b>AKs zur Unterdoku- mentation</b>	<b>AKs zur Überdoku- mentation</b>	<b>AKs zum Minimal- datensatz</b>
<b>Maßnahmen</b> (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten.)			
Keine Maßnahme ergriffen [S90]	1 (0,2 %)	0 (–)	0 (–)
Hinweise verschickt	417 (68,6 %)	81 (54,7 %)	27 (31,8 %)
Stellungnahmen angefordert	190 (31,3 %)	67 (45,3 %)	58 (68,2 %)
<b>Weiterführende Maßnahmen</b> (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen.)			
Besprechung	0 (–)	0 (–)	0 (–)
Begehung	0 (–)	0 (–)	0 (–)
Zielvereinbarung	0 (–)	2 (3 %)	1 (1,7 %)
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b> (Der Anteil bezieht sich auf die angeforderten Stellungnahmen.)			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	22 (11,6 %)	12 (17,9 %)	44 (75,9 %)
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	64 (33,7 %)	51 (76,1 %)	14 (24,1 %)
Sonstiges [S91, S99]	104 (54,7 %)	4 (6 %)	0 (–)

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen einzuordnen, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Standorten (Abbildung 13) bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen (Abbildung 14) pro Auffälligkeitskriterium gesetzt.

Im Vergleich zu den anderen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren hatten Standorte hinsichtlich des AKs 850375 im Auswertungsmodul KEP mit 15 %, gefolgt von dem AK 850376 im Auswertungsmodul HEP mit 10,9 % sowie dem AK 813072 im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL mit 8,1 % die höchsten Anteile rechnerischer Auffälligkeiten an datenliefernden Standorten (Abbildung 13). Dies ist, wie oben bereits beschrieben, auf technische Gründe in der Informationsübertragung zurückzuführen.

Für 3 der 50 geprüften AKs lagen keine rechnerischen Auffälligkeiten vor, sodass kein Strukturierter Dialog ausgelöst wurde. Für weitere 33 AKs lag der Anteil der rechnerisch auffälligen Standorte in Bezug auf die datenliefernden Standorte unter 1 % (Abbildung 13).

In Abbildung 14 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. Die jeweilige Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen entspricht der Anzahl von Hinweisen und nicht eingeleiteten Maßnahmen [S90].

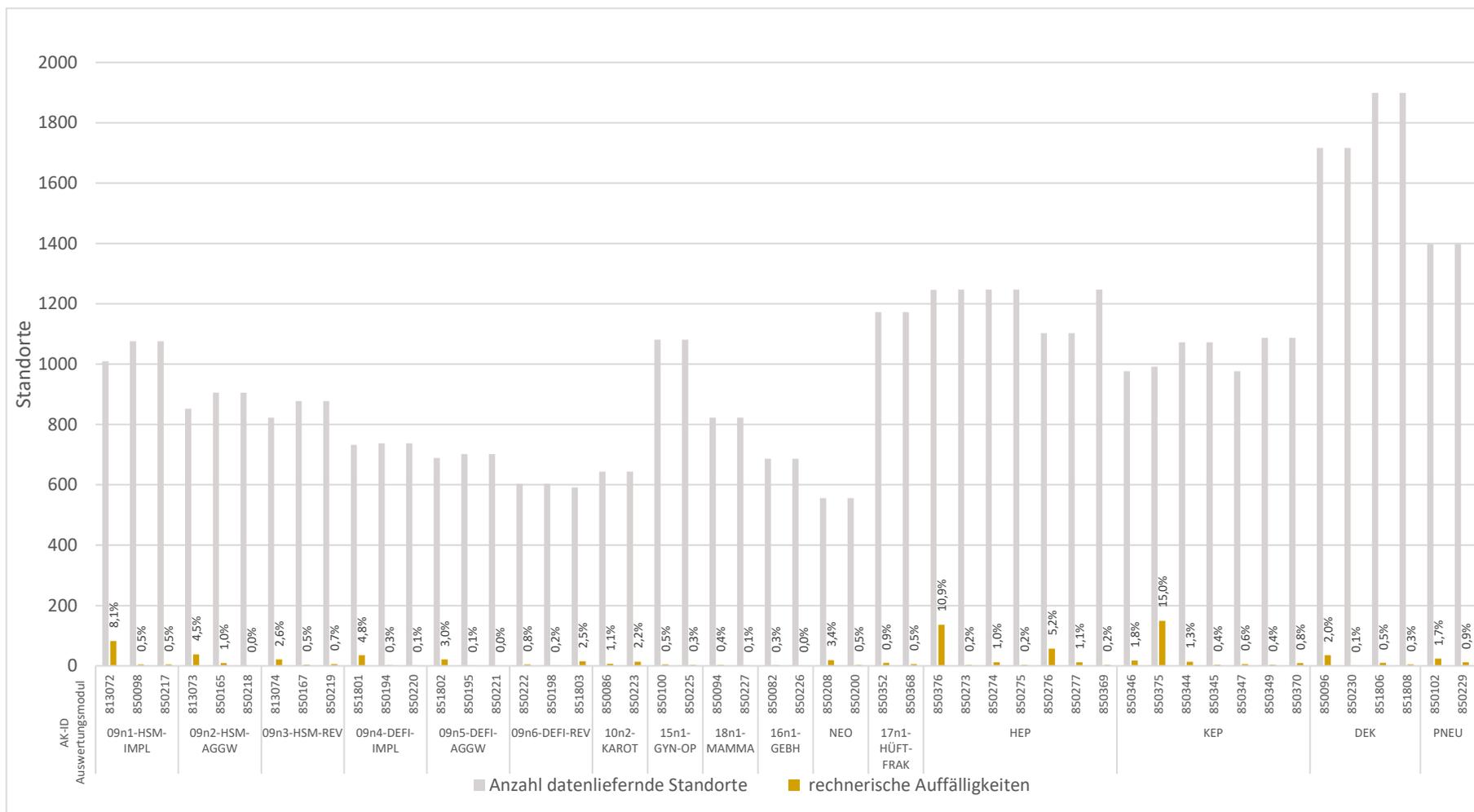


Abbildung 13: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit der indirekten QS-Verfahren zum EJ 2019

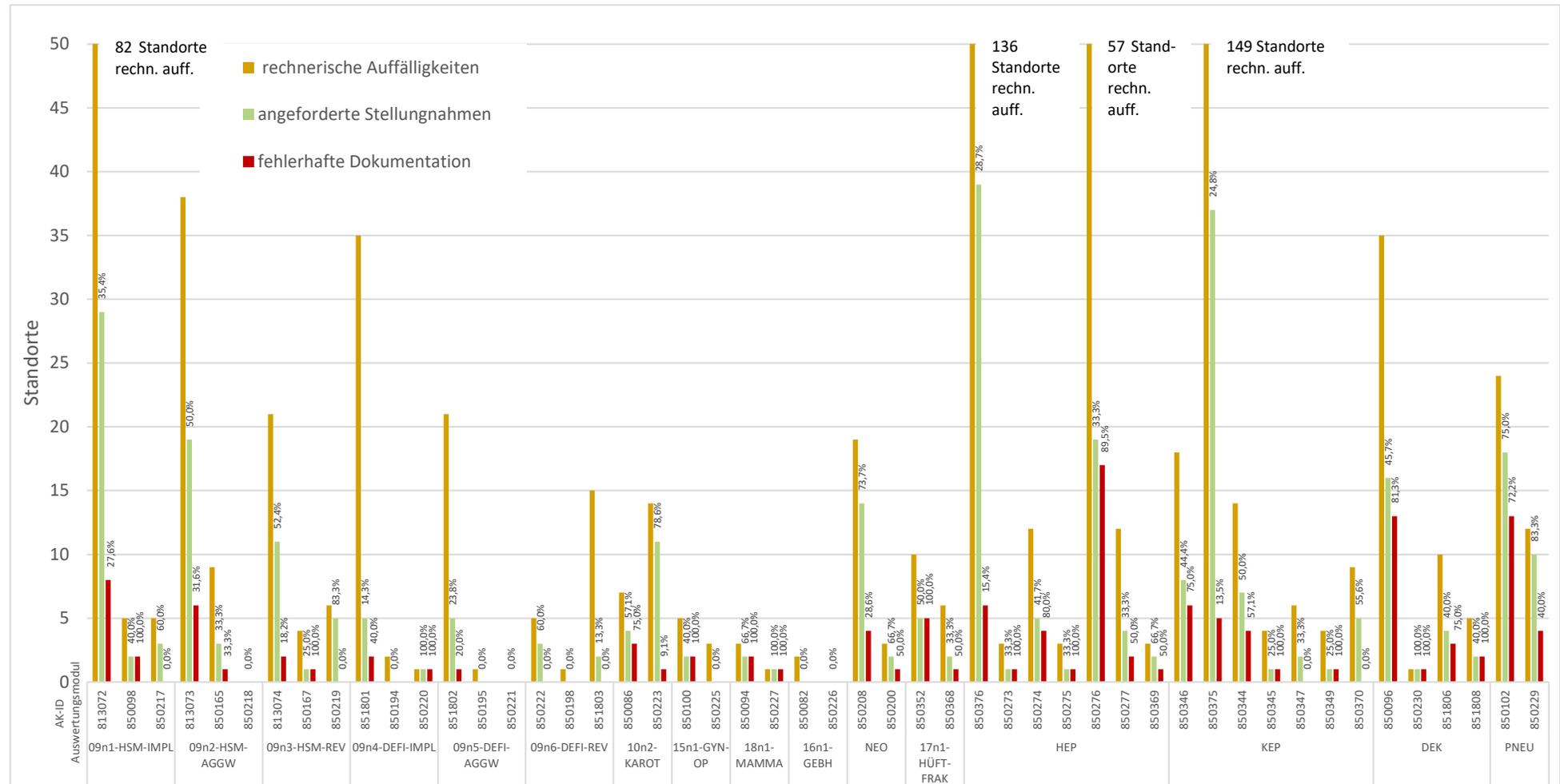


Abbildung 14: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren

Insgesamt 41,0 % der Standorte wiesen eine fehlerhafte Dokumentation bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen auf (n = 129/315). Für 13 von 50 AKs wurden nach Bewertung der Stellungnahmen 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt und bei weiteren 3 AKs mehr als 80 % fehlerhafte Dokumentationen (Abbildung 14). Insgesamt sind die fehlerhaften Dokumentationen scheinbar rückläufig im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2018: 77,7 %; n = 355/457). Allerdings ist der Anteil an Hinweisen zum EJ 2019 im Vergleich zum EJ 2018 deutlich gestiegen (EJ 2019: n = 525; 62,4 %, EJ 2018: n = 241; 34,2 %) und dadurch wird eine inhaltliche Einschätzung nicht sicher möglich.

In Tabelle 30 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten fehlerhaften Dokumentationen zu den Ergebnissen der Erfassungsjahre 2018 und 2017 abgebildet, wenn diese aufgetreten sind.

Von den 50 AKs zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren ist es bei 26 AKs vorgekommen, dass Standorte wiederholt rechnerisch auffällig waren und davon in 9 AKs auch wiederholt fehlerhaft dokumentiert hatten. Bei 12 AKs gab es Standorte, die drei Jahre in Folge rechnerisch auffällig waren. Bei den wiederholten fehlerhaften Dokumentationen war es bei 5 AKs der Fall, dass Standorte drei Jahre in Folge fehlerhaft dokumentierten (Tabelle 30).

Die meisten wiederholt rechnerischen Auffälligkeiten weist das AK 850276 im Auswertungsmodul HEP auf, welches das AK zur *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* ist. Von 57 auffälligen Standorten im Erfassungsjahr 2019 waren 12 bereits im Erfassungsjahr 2018 und 6 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es lagen jedoch nicht nur die meisten wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten vor, sondern ebenfalls die häufigsten wiederholt fehlerhaften Dokumentationen über drei Jahre in Folge. Dies spricht dafür, dass es neben den technischen Aspekten zur hohen Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten im EJ 2019 trotzdem inhaltliche Gründe gibt, die eine häufige wiederholte fehlerhafte Bewertung nach sich ziehen.

*Tabelle 30: Alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren, bei denen Standorte wiederholt rechnerisch auffällig wurden und die wiederholt bestätigte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen*

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerisch auffällige Standorte			Standorte mit fehlerhafter Dokumentation		
		EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017	EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017
<b>09n1-HSM-IMPL</b>	813072	82	4	3	8	0	0
<b>09n2-HSM-AGGW</b>	813073	38	4	2	6	0	0
<b>09n2-HSM-AGGW</b>	850165	9	2	1	1	0	0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerisch auffällige Standorte			Standorte mit fehlerhafter Dokumentation		
		EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017	EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017
09n3-HSM-REV	813074	21	2	2	2	0	0
09n4-DEFI-IMPL	851801	35	3	0	2	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850194	2	1	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850220	1	1	0	1	0	0
09n5-DEFI-AGGW	851802	21	1	0	1	0	0
09n6-DEFI-REV	850222	5	1	0	0	0	0
09n6-DEFI-REV	851803	15	4	0	0	0	0
10n2-KAROT	850223	14	4	0	1	0	0
NEO	850208	19	8	4	4	0	0
17n1-HÜFT-FRAK	850352	10	2	1	5	1	1
HEP	850376	136	3	0	6	0	0
HEP	850274	12	1	0	4	1	0
HEP	850276	57	12	6	17	3	2
HEP	850369	3	1	1	1	1	1
KEP	850346	18	1	0	6	1	0
KEP	850375	149	4	0	5	0	0
KEP	850344	14	4	2	4	2	1
KEP	850370	9	4	3	0	0	0
DEK	850096	35	4	0	13	2	0
DEK	851806	10	2	0	3	0	0
DEK	851808	5	2	0	2	0	0
PNEU	850102	24	3	2	13	1	0
PNEU	850229	12	8	5	4	2	2
<b>Gesamt</b>		<b>756</b>	<b>86</b>	<b>32</b>	<b>109</b>	<b>14</b>	<b>7</b>

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren je Auswertungsmodul beschrieben.

### 3.2.1 Herzschrittmacher-Implantation (09n1-HSM-IMPL)

#### AK-ID 813072 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 82 der 1.010 datenliefernden Standorte (8,1 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 3 Standorte bereits seit 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 53 Standorte Hinweise verschickt und von 29 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt, für 8 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert und für 19 Standorte die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen werden.<sup>6</sup>

#### AK-ID 850098 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

5 der 1.076 datenliefernden Standorte (0,5 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Es wurden an 3 Standorte Hinweise verschickt und von 2 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden.

#### AK-ID 850217 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

5 der 1.076 datenliefernden Standorte (0,5 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Es wurden an 2 Standorte Hinweise verschickt und von 3 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 3 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt.

Tabelle 31: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL

AK-ID	813072	850098	850217
Anzahl datenliefernder Standorte	1.010	1.076	1.076
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	82	5	5
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	4	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	3	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	53	3	2
Stellungnahmen angefordert	29	2	3

<sup>6</sup> Technische Fehler beim Export erklären möglicherweise die erhöhten Zahlen im Vergleich zum Vorjahr. Siehe auch Begründung auf Seite 82.

AK-ID	813072	850098	850217
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	8	2	0
Sonstiges [S91, S99]	19	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 813072 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850098 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850217 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.2 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09n2-HSM-AGGW)

#### **AK-ID 813073 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten**

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wiesen 38 der 852 Standorte (4,5 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. Davon waren 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 19 Standorte Hinweise verschickt und von 19 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und für 6 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für 12 Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.<sup>7</sup>

#### **AK-ID 850165 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* wurden 9 der 905 datenliefernden Standorte (1,0 %) rechnerisch auffällig. Dabei wiesen 2 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurden an 6 Standorte Hinweise verschickt und von 3 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert und für 2 Standorte die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen werden.

<sup>7</sup> Technische Fehler beim Export erklären möglicherweise die erhöhten Zahlen im Vergleich zum Vorjahr. Siehe auch Begründung auf Seite 82.

**AK-ID 850218 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)**

Von 905 datenliefernden Standorten wies kein Standort eine rechnerische Auffälligkeit im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* auf.

Tabelle 32: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW

AK-ID	813073	850165	850218
Anzahl datenliefernder Standorte	852	905	905
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	38	9	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	4	2	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	2	1	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	19	6	0
Stellungnahmen angefordert	19	3	0
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	6	1	0
Sonstiges [S91, S99]	12	2	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 813073 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850165 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850218 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.3 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09n3-HSM-REV)

#### AK-ID 813074 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 21 der 823 datenliefernden Standorte (2,6 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden an 10 Standorte Hinweise verschickt und von 11 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für zwei Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und für 2 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Bei 7 Standorten wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.<sup>8</sup>

#### AK-ID 850167 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

4 der 878 datenliefernden Standorte (0,5 %) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Es wurden an 3 Standorte Hinweise verschickt und von einem Standort eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

#### AK-ID 850219 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 6 der 878 datenliefernden Standorte (0,7 %) rechnerisch auffällig. Es wurde ein Hinweis an einen Standort verschickt und von 5 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für alle 5 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 33: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV

AK-ID	813074	850167	850219
Anzahl datenliefernder Standorte	823	878	878
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	21	4	6
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	2	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	2	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	10	3	1
Stellungnahmen angefordert	11	1	5
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0

<sup>8</sup> Technische Fehler beim Export erklären möglicherweise die erhöhten Zahlen im Vergleich zum Vorjahr. Siehe auch Begründung auf Seite 82.

AK-ID	813074	850167	850219
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0	5
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2	1	0
Sonstiges [S91, S99]	7	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 813074 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850167 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850219 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.4 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09n4-DEFI-IMPL)

#### AK-ID 851801 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

35 der 732 datenliefernden Standorte (4,8 %) wurden hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -GKVPatienten* rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. An 30 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 5 Standorten Stellungnahmen angefordert. Mithilfe des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert und für 3 Standorte die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen werden.<sup>9</sup>

#### AK-ID 850194 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* wurden 2 der 738 Standorte (0,3 %) rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. An die 2 rechnerisch auffälligen Standorte wurden Hinweise verschickt.

#### AK-ID 850220 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Von 738 Standorten, die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* lieferten, wurde ein Standort (0,1 %) rechnerisch auffällig. Dieser Standort war bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte bei dem Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

<sup>9</sup> Technische Fehler beim Export erklären möglicherweise die erhöhten Zahlen im Vergleich zum Vorjahr. Siehe auch Begründung auf Seite 82.

Tabelle 34: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 09n4-DEFI-IMPL

AK-ID	851801	850194	850220
Anzahl datenliefernder Standorte	732	738	738
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	35	2	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	3	1	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	30	2	0
Stellungnahmen angefordert	5	0	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2	0	1
Sonstiges [S91, S99]	3	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 851801 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850194 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850220 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.5 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09n5-DEFI-AGGW)

#### AK-ID 851802 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

21 der 689 datenliefernden Standorte (3,0 %) wurden hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 16 Standorte Hinweise verschickt und

von 5 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert und für 4 Standorte die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen werden.<sup>10</sup>

#### **AK-ID 850195 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**

Einer der 702 datenliefernden Standorte (0,1 %) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Es wurde an den Standort ein Hinweis verschickt.

#### **AK-ID 850221 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)**

Keiner der 702 datenliefernden Standorte wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig.

Tabelle 35: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n5-DEFI-AGGW

AK-ID	851802	850195	850221
Anzahl datenliefernder Standorte	689	702	702
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	21	1	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	1	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	16	1	0
Stellungnahmen angefordert	5	0	0
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0	0
Sonstiges [S91, S99]	4	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			

<sup>10</sup> Technische Fehler beim Export erklären möglicherweise die erhöhten Zahlen im Vergleich zum Vorjahr. Siehe auch Begründung auf Seite 82.

AK-ID	851802	850195	850221
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 851802 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850195 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850221 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.6 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09n6-DEFI-REV)

#### AK-ID 851803 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 15 der 592 datenliefernden Standorte (2,5 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 13 Standorte Hinweise verschickt und von 2 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für beide Standorte die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.<sup>11</sup>

#### AK-ID 850198 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurde einer der 604 datenliefernden Standorte (0,2 %) rechnerisch auffällig. An diesen wurde ein Hinweis verschickt.

#### AK-ID 850222 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 5 der 604 datenliefernden Standorte (0,8 %) rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 2 Standorte Hinweise verschickt und von 3 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für alle 3 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 36: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 09n6-DEFI-REV

AK-ID	851803	850198	850222
Anzahl datenliefernder Standorte	592	604	604
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	15	1	5
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	4	0	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

<sup>11</sup> Technische Fehler beim Export erklären möglicherweise die erhöhten Zahlen im Vergleich zum Vorjahr. Siehe auch Begründung auf Seite 82.

AK-ID	851803	850198	850222
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	13	1	2
Stellungnahmen angefordert	2	0	3
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	2	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 851803 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850198 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850222 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.7 Karotis-Revaskularisation (10n2-KAROT)

#### **AK-ID 850086 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**

7 der 644 datenliefernden Standorte (1,1 %) wurden hinsichtlich *des Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Es wurden an 3 Standorte Hinweise verschickt und von 4 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch die angeforderte Stellungnahme konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und für 3 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

#### **AK-ID 850223 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)**

Bezüglich *des Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 14 der 644 datenliefernden Standorte (2,2 %) rechnerisch auffällig. 4 Standorte waren bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Es wurden an 3 Standorte Hinweise verschickt und von 11 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 10 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei einem Standort eine fehlerhafte Dokumentation

identifiziert. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Tabelle 37: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 10n2-KAROT

AK-ID	850086	850223
Anzahl datenliefernder Standorte	644	644
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	7	14
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	4
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	3	3
Stellungnahmen angefordert	4	11
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	1
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	10
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	3	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0

AK-ID 850086 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850223 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.8 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15n1-GYN-OP)

#### AK-ID 850100 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurden 5 der 1.081 (0,5 %) datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig. Es wurden an 3 Standorte Hinweise verschickt und von 2 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für die 2 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden.

#### AK-ID 850225 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

3 der 1.081 datenliefernden Standorte (0,3 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. An alle 3 Standorte wurden Hinweise verschickt.

Tabelle 38: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 15n1-GYN-OP

AK-ID	850100	850225
Anzahl datenliefernder Standorte	1.081	1.081
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	5	3
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	3	3
Stellungnahmen angefordert	2	0
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0

AK-ID 850100 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850225 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.9 Mammachirurgie (18n1-MAMMA)

#### AK-ID 850094 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurden 3 der 823 (0,4 %) datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig. Es wurde an einen Standort ein Hinweis verschickt und von 2 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für beide Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

#### AK-ID 850227 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Einer der 823 datenliefernden Standorte (0,1 %) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 39: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 18n1-MAMMA

AK-ID	850094	850227
Anzahl datenliefernder Standorte	823	823
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	1	0
Stellungnahmen angefordert	2	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	2	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		

AK-ID	850094	850227
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0

AK-ID 850094 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850227 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.10 Geburtshilfe (16n1-GEBH)

#### AK-ID 850082 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

2 der 686 datenliefernden Standorte (0,3 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. An beide Standorte wurde ein Hinweis verschickt.

#### AK-ID 850226 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Keiner der 686 datenliefernden Standorte wurden im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig.

Tabelle 40: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul 16n1-GEBH

AK-ID	850082	850226
Anzahl datenliefernder Standorte	686	686
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	2	0
Stellungnahmen angefordert	0	0
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0

AK-ID	850082	850226
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0

AK-ID 850082 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850226 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.11 Neonatologie (NEO)

#### AK-ID 850200 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wiesen 3 der 556 datenliefernden Standorte (0,5 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. An einen Standort wurde ein Hinweis verschickt und von 2 Standorten wurden Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für einen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

#### AK-ID 850208 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 19 der 556 datenliefernden Standorte (3,4 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 8 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 4 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. An 5 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 14 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 10 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 4 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 41: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NEO

AK-ID	850200	850208
Anzahl datenliefernder Standorte	556	556
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	19
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	8
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	4
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	1	5
Stellungnahmen angefordert	2	14
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0

AK-ID	850200	850208
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	10
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	4
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0

AK-ID 850200 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850208 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.12 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17n1-HÜFT-FRAK)

#### AK-ID 850352 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* wurden 10 der 1.172 datenliefernden Standorte (0,9 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 2 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort wies bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurden an 5 Standorte Hinweise verschickt und von 5 Standorten Stellungnahmen angefordert. Für alle 5 Standorte konnte im Strukturierten Dialog eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Einer dieser Standorte dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2018 und ein weiterer Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

#### AK-ID 850368 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

6 der 1.172 Standorte (0,5 %), die Daten hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Es wurden an 4 Standorte Hinweise verschickt und von 2 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Strukturierten Dialog konnte für einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei einem Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 42: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul 17n1-HÜFT-FRAK

AK-ID	850352	850368
Anzahl datenliefernder Standorte	1.172	1.172
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		

AK-ID	850352	850368
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	10	6
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	2	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	1	0
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	5	4
Stellungnahmen angefordert	5	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	1	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	5	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	1	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	1	0

AK-ID 850352 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850368 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### 3.2.13 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

#### AK-ID 850376 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

In der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 136 der 1.246 datenliefernden Standorte (10,9 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An 97 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 39 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 4 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 6 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. Für 29 Standorte wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Technische Fehler beim Export erklären möglicherweise die erhöhten Zahlen im Vergleich zum Vorjahr. Siehe auch Begründung auf Seite 82.

**AK-ID 850273 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurden 3 der 1.247 datenliefernden Standorte (0,2 %) rechnerisch auffällig. An 2 Standorte wurden Hinweise verschickt und von einem Standort wurde eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs ist bei diesem Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert worden.

**AK-ID 850369 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)**

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* wurden 3 der 1.247 datenliefernden Standorte (0,2 %) rechnerisch auffällig. Davon wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An einen Standort wurden Hinweise verschickt und von 2 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für den einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für den anderen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden, wobei der Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 und im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft dokumentierte.

**AK-ID 850274 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)**

Bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (Erstimplantation)* wurden 12 der 1.247 datenliefernden Standorte (1,0 %) rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. An 7 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 5 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und für 4 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden, wobei ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft dokumentierte.

**AK-ID 850275 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)**

3 der 1.247 Standorte (0,2 %), die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. An 2 Standorte wurden Hinweise verschickt und von einem Standort eine Stellungnahme angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

**AK-ID 850276 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)**

Bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (Wechsel)* wurden 57 der 1.103 datenliefernden Standorte (5,2 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 12 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 6 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Für einen Standort wurden keine Maßnahmen getroffen, an 37 Standorte Hinweise verschickt und von 19 Standorten Stellungnahmen angefordert. Von den überprüften Stellungnahmen lag im Ergebnis bei 2 Standorten eine korrekte Dokumentation und bei 17 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation vor. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Im Erfassungsjahr 2018 dokumentierten bereits 3 Standorte und seit dem Erfassungsjahr 2017 bereits 2 Standorte fehlerhaft.

**AK-ID 850277 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)**

12 der 1.103 datenliefernden Standorte (1,1 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)* rechnerisch auffällig. An 8 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 4 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte

für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 2 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 43: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul HEP

AK-ID	850376	850273	850369
Anzahl datenliefernder Standorte	1.246	1.247	1.247
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	136	3	3
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	3	0	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	1
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	97	2	1
Stellungnahmen angefordert	39	1	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	4	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	6	1	1
Sonstiges [S91, S99]	29	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	1
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	1

AK-ID 850376 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850273 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850369 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Tabelle 44: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HEP (Zählleistungsbereiche)

AK-ID	850274	850275	850276	850277
Anzahl datenliefernder Standorte	1.247	1.247	1.103	1.103
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	12	3	57	12
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	1	0	12	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	6	0
<b>Maßnahmen</b>				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	1	0
Hinweise verschickt	7	2	37	8
Stellungnahmen angefordert	5	1	19	4
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	0	2	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	4	1	17	2
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>				
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	1	0	3	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	2	0

AK-ID 850274 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850275 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850276 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

AK-ID 850277 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

### 3.2.14 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

#### **AK-ID 850375 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten**

Hinsichtlich der *Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten* wurden 149 der 991 datenliefernden Standorte (15,0 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 eine rechnerische Auffälligkeit auf. An 112 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 37 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 5 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 5 Standorte eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Für 27 Standorte wurde die Bewertung „Sontiges“ vorgenommen.<sup>13</sup>

#### **AK-ID 850349 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**

4 der 1.087 datenliefernden Standorte (0,4 %) wurde hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* rechnerisch auffällig. Es wurden an 3 Standorte Hinweise verschickt und von einem Standort wurde eine Stellungnahme angefordert, für den im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde.

#### **AK-ID 850370 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)**

9 der 1.087 datenliefernden Standorte (0,7 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Davon wiesen 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 3 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurden an 4 Standorte Hinweise verschickt und von 5 Standorten Stellungnahmen angefordert, von denen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs für alle 5 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt wurde.

#### **AK-ID 850344 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)**

Im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)* wurden 14 der 1.072 datenliefernden Standorte (1,3 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 4 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Es wurden an 7 Standorte Hinweise verschickt und von 7 Standorten Stellungnahmen angefordert, von denen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs bei 3 Standorten eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 4 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde. 2 Standorte dokumentierten bereits im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort seit dem Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

#### **AK-ID 850345 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)**

4 der 1.072 datenliefernden Standorte wurde im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)* rechnerisch auffällig. Es wurden an 3 Standorte Hinweise verschickt und von einem Standort Stellungnahmen angefordert, für den im Ergebnis des Strukturierten Dialogs eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt wurde.

#### **AK-ID 850346 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)**

18 der 977 datenliefernden Standorte (1,8 %) wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)* rechnerisch auffällig. Davon wies ein Standort bereits im Erfassungsjahr

---

<sup>13</sup> Technische Fehler beim Export erklären möglicherweise die erhöhten Zahlen im Vergleich zum Vorjahr. Siehe auch Begründung auf Seite 82.

2018 rechnerische Auffälligkeiten auf. An 10 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 8 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 6 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft.

#### **AK-ID 850347 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)**

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)* wurden 6 der 977 datenliefernden Standorte (1,1 %) rechnerisch auffällig. Es wurden an 4 Standorte Hinweise verschickt und von 2 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für einen Standort die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

Tabelle 45: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul KEP

<b>AK-ID</b>	<b>850375</b>	<b>850349</b>	<b>850370</b>
Anzahl datenliefernder Standorte	991	1.087	1.087
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	149	4	9
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	4	0	4
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	3
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	112	3	4
Stellungnahmen angefordert	37	1	5
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	5	0	5
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	5	1	0
Sonstiges [S91, S99]	27	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0

AK-ID	850375	850349	850370
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 850375 = Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

AK-ID 850349= Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850370 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Tabelle 46: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul KEP (Zählleistungsbereiche)

AK-ID	850344	850345	850346	850347
Anzahl datenliefernder Standorte	1.072	1.072	977	977
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	14	4	18	6
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	4	0	1	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	2	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	7	3	10	4
Stellungnahmen angefordert	7	1	8	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	3	0	2	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	4	1	6	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	1
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>				
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	2	0	1	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	1	0	0	0

AK-ID 850344 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850345 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850346 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

AK-ID 850347 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

### 3.2.15 Pflege Dekubitusprophylaxe (DEK)

#### AK-ID 850096 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Von 1.716 Standorten, die Daten bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* lieferten, wurden 35 Standorte (2,0 %) rechnerisch auffällig. 4 Standorte waren bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. An 19 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 16 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 13 Standorten konnten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden. 2 Standorte dokumentierten bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft. Für einen Standort wurde die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen. Mit einem Standort wurde als weiterführende Maßnahme eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

#### AK-ID 850230 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Im *Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)* wurde einer der 1.716 datenliefernden Standorte (0,1 %) rechnerisch auffällig. Durch die angeforderte Stellungnahme wurde für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

#### AK-ID 851806 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

10 der 1.899 datenliefernden Standorte (0,5 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Risikostatistik* rechnerisch auffällig. 2 Standorte waren bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. An 6 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 4 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei 3 Standorten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert und für einen Standort die Bewertung „Sonstiges“ vorgenommen.

#### AK-ID 851808 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation der Risikostatistik* wurden 5 der 1.899 datenliefernden Standorte (0,3 %) rechnerisch auffällig. 2 Standorte waren bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. An 3 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 2 Standorten Stellungnahmen angefordert, die für alle Standorte im Ergebnis eine fehlerhafte Dokumentation ergaben.

Tabelle 47: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul DEK

AK-ID	850096	850230	851806	851808
Anzahl datenliefernder Standorte	1.716	1.716	1.899	1.899
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	35	1	10	5

AK-ID	850096	850230	851806	851808
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	4	0	2	2
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	19	0	6	3
Stellungnahmen angefordert	16	1	4	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	1	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	13	1	3	2
Sonstiges [S91, S99]	1	0	1	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>				
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	2	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0

AK-ID 850096 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850230 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

AK-ID 851806 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

AK-ID 851808 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

### 3.2.16 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

#### AK-ID 850102 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* wurden 24 der 1.398 datenliefernden Standorte (1,7 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 3 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerische Auffälligkeiten auf. An 6 Standorten wurden Hinweise verschickt und von 18 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für 5 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt

und bei 13 Standorten wurden fehlerhafte Dokumentationen identifiziert, wovon ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft dokumentierte.

#### **AK-ID 850229 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)**

12 der 1.398 datenliefernden Standorte (0,9 %) wurden hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS)* rechnerisch auffällig. Davon wiesen 8 Standorte bereits im Erfassungsjahr 2018 und 5 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerische Auffälligkeiten auf. An 2 Standorte wurden Hinweise verschickt und von 10 Standorten Stellungnahmen angefordert. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 6 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 4 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden. 2 Standorte dokumentierten bereits im Erfassungsjahr 2018 und im Erfassungsjahr 2017 fehlerhaft.

Tabelle 48: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNEU

<b>AK-ID</b>	<b>850102</b>	<b>850229</b>
Anzahl datenliefernder Standorte	1.398	1.398
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	24	12
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	3	8
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	2	5
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	6	2
Stellungnahmen angefordert	18	10
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	5	6
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	13	4
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	1	2

<b>AK-ID</b>	<b>850102</b>	<b>850229</b>
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	2

AK-ID 850102 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850229 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

## Direkte QS-Verfahren

Die Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium, der rechnerischen Auffälligkeiten und der fehlerhaften Dokumentationen über die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren sind in der folgenden Abbildung 15 und Abbildung 16 dargestellt.

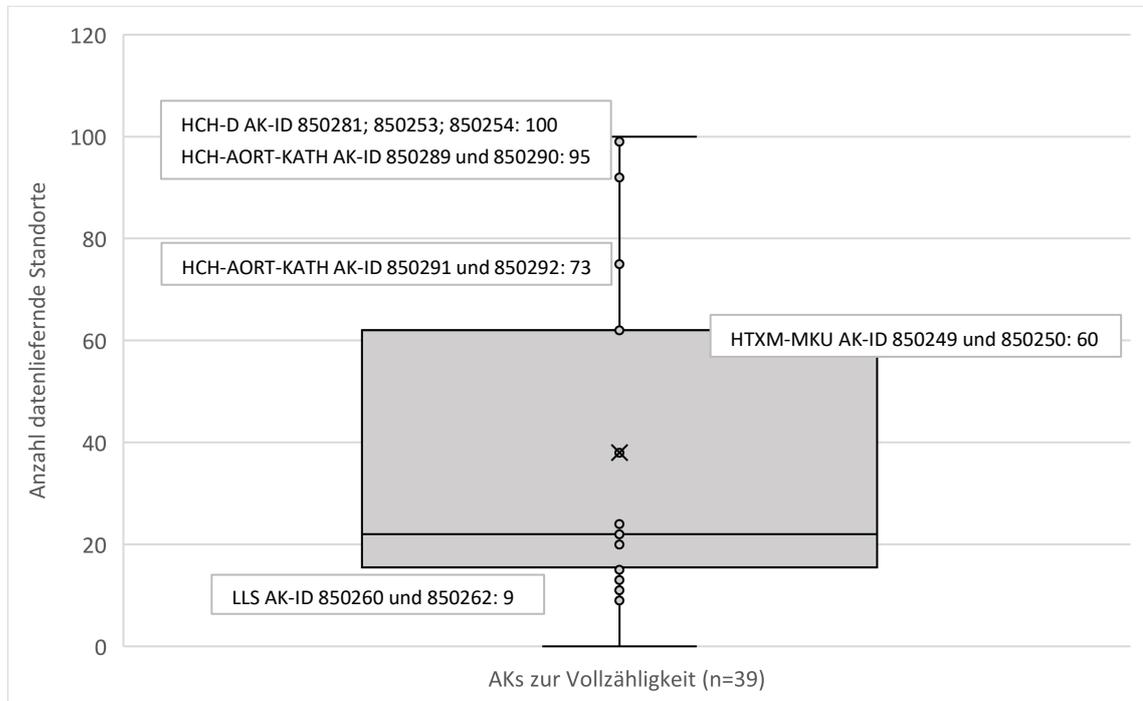


Abbildung 15: Verteilung der Anzahl datenliefernder Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019

Anhand des Boxplots ist zu erkennen, dass für die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren unterschiedlich viele Standorte pro AK Daten geliefert haben. Im arithmetischen Mittel haben 38 Standorte Daten pro Auffälligkeitskriterium geliefert, wobei zu berücksichtigen ist, dass ein Standort zu mehreren Auffälligkeitskriterien Daten liefern kann. Im Vergleich hatten durchschnittlich 1.003 Standorte Daten zu einem Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der indirekten QS-Verfahren geliefert. Das Minimum der datenliefernden Standorte pro AK liegt bei 9 (AK-ID 850260; LLS) und das Maximum bei 100 (AK-ID 850281, 850253 und 850254; HCH-D). Einen statistischen Ausreißer stellen neben den AKs 850281, 850253 und 850254 im Auswertungsmodul HCH-D ebenfalls die AKs 850289 und 850290 im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH, zu denen 95 Standorte Daten lieferten, sowie die AKs 850291 und 850292 im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH dar, zu denen 73 Standorte Daten lieferten.

Für die direkten Verfahren wurden 39 AKs überprüft und 105 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt traten 33 rechnerische Auffälligkeiten wiederholt bei gleichen Standorten in den gleichen AKs seit dem Vorjahr (EJ 2018) auf und 23 wiederholt seit dem Vorvorjahr (EJ 2017). Es wurde von allen rechnerisch auffälligen Standorten eine Stellungnahme angefordert. Es erfolgten im weiteren Verlauf keine weiteren Maßnahmen wie Besprechungen, Begehungen oder

Zielvereinbarungen. Die Dokumentation wurde im Ergebnis des Strukturierten Dialogs 36-mal (34,3 %) als korrekt [U30, U99] und 68-mal (64,8 %) als fehlerhaft [A40, A42, A99] eingestuft. Für eine (1,0 %) Stellungnahme wurde die Bewertung „Sonstiges“ [S91, S99] vergeben.

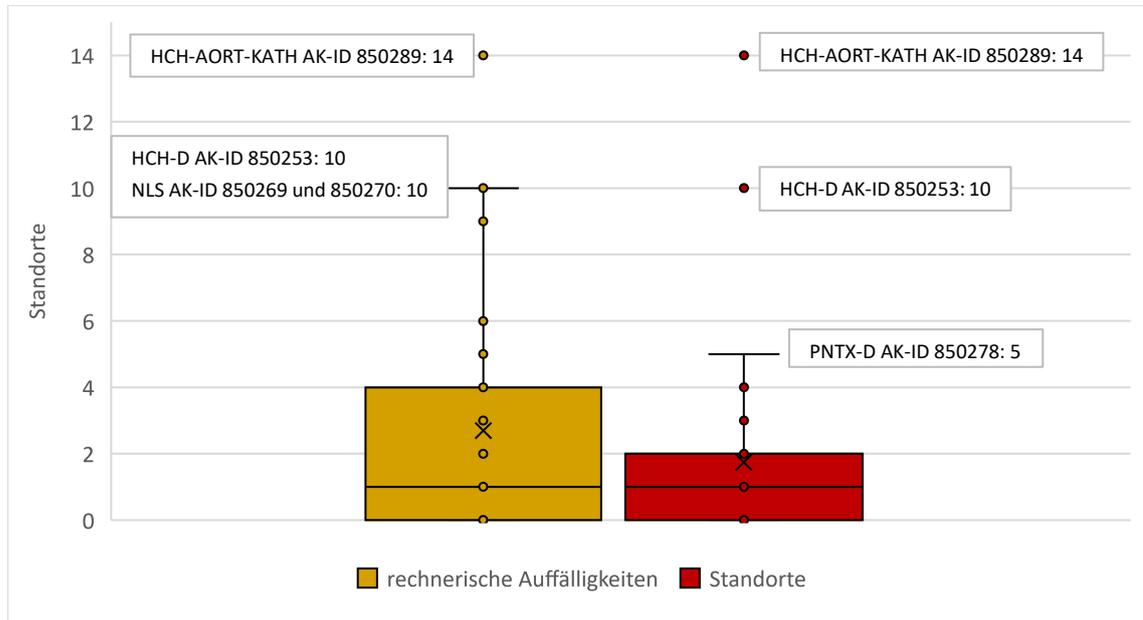


Abbildung 16: Verteilung der Anzahl der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten (links) und mit fehlerhafter Dokumentation (rechts) pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019

Abbildung 16 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl der auffällig gewordenen Standorte pro Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren. Im arithmetischen Mittel waren 2,7 Standorte pro AK zur Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren rechnerisch auffällig. Von insgesamt 68 fehlerhaft dokumentierenden Standorten der direkten QS-Verfahren wiesen minimal kein Standort und maximal 14 Standorte fehlerhafte Dokumentationen für eines der AKs zur Vollständigkeit auf. Dabei stellt neben dem AK 850289 im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH ebenso das AK 850253 in HCH-D einen statistischen Ausreißer dar.

Es liegen rechnerische Auffälligkeiten bei den AKs zur Vollständigkeit im Vergleich zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren häufiger vor ( $n = 105$  vs.  $18$ ) und ebenso liegt der Anteil der fehlerhaften Dokumentationen an den rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zur Vollständigkeit prozentual höher als bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (64,8 % vs. 55,5 %).

Um die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bzw. die Anzahl fehlerhafter Dokumentationen einzuordnen, werden die absoluten Werte in Relation zu den datenliefernden Standorten (Abbildung 17) bzw. zu den rechnerischen Auffälligkeiten und den angeforderten Stellungnahmen (Abbildung 18) gesetzt.

Im Vergleich zu allen Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit der direkten QS-Verfahren hatten Standorte in den Auswertungsmodulen HCH-AORT-KATH, HCH-D, NLS, PNTX-D und LTX mit Anteilen zwischen 10 % und 26,3 % die höchsten Anteile von rechnerischen Auffälligkeiten an den

jeweiligen datenliefernden Standorten. Hervorzuheben ist aber, dass es für mehrere AKs aus unterschiedlichen Auswertungsmodulen auch keine rechnerisch auffälligen Standorte gegeben hat (vgl. Abbildung 17).

Bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten zur Vollzähligkeit insgesamt ist zu erkennen, dass sich diese unterschiedlich auf die Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit verteilen. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten bestanden wie bereits im Vorjahr zu den Auffälligkeitskriterien zum Follow-up. Fehlerhafte Dokumentationen lagen im Ergebnis des Strukturierten Dialogs am häufigsten zum Auffälligkeitskriterium Überdokumentation und den Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation vor (Tabelle 49).

Tabelle 49: Auswertungen des Strukturierten Dialogs differenziert nach den vier Arten der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren insgesamt

	AKs zur Unterdoku- mentation	AKs zur Überdoku- mentation	AKs zum Minimal- datensatz	AKs zum Follow-up
<b>Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten</b> (Der Anteil bezieht sich auf die rechnerischen Auffälligkeiten insgesamt (n = 105).)	35 (33,3 %)	3 (2,9 %)	0 (-)	67 (63,8 %)
<b>Maßnahmen</b> (Der Anteil bezieht die rechnerischen Auffälligkeiten.)				
Keine Maßnahme ergriffen [S90]	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Hinweise verschickt	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Stellungnahmen angefordert	35 (100 %)	3 (100 %)	0 (-)	67 (100 %)
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b> (Der Anteil bezieht sich auf die Stellungnahmen.)				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0 (-)	0 (-)	0 (-)	36 (53,7 %)
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	34 (97,1 %)	3 (100 %)	0 (-)	31 (46,3 %)
Sonstiges [S91, S99]	1 (2,9 %)	0 (-)	0 (-)	0 (-)

In Abbildung 18 sind die rechnerischen Auffälligkeiten, die angeforderten Stellungnahmen sowie die fehlerhaften Dokumentationen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren in einem gruppierten Säulendiagramm dargestellt. Die Differenz zwischen der rechnerischen Auffälligkeit und den angeforderten Stellungnahmen entspricht den verschickten Hinweisen.

Von den 39 AKs zur Vollzähligkeit bei den direkten QS-Verfahren lagen für 12 AKs keine rechnerischen Auffälligkeiten vor. Bei den weiteren 27 AKs lagen rechnerische Auffälligkeiten vor, so dass ein Strukturiertes Dialog geführt wurde. Für 15 AKs wurden nach Bewertung der Stellungnahmen in 100 % fehlerhafte Dokumentationen festgestellt. Im Bereich Herzchirurgie trifft dies

für alle AKs, bei denen es rechnerische Auffälligkeiten gab, zu. Im Bereich Transplantationsmedizin trifft dies für HTXM-TX AK-ID 850239, 850257, 850258, 850259, HTXM-MKU AK-ID 850250, LUTX AK-ID 850266, 850267, 850268, LLS AK-ID 850241 und 850260 sowie PNTX-D AK-ID 850255 zu.

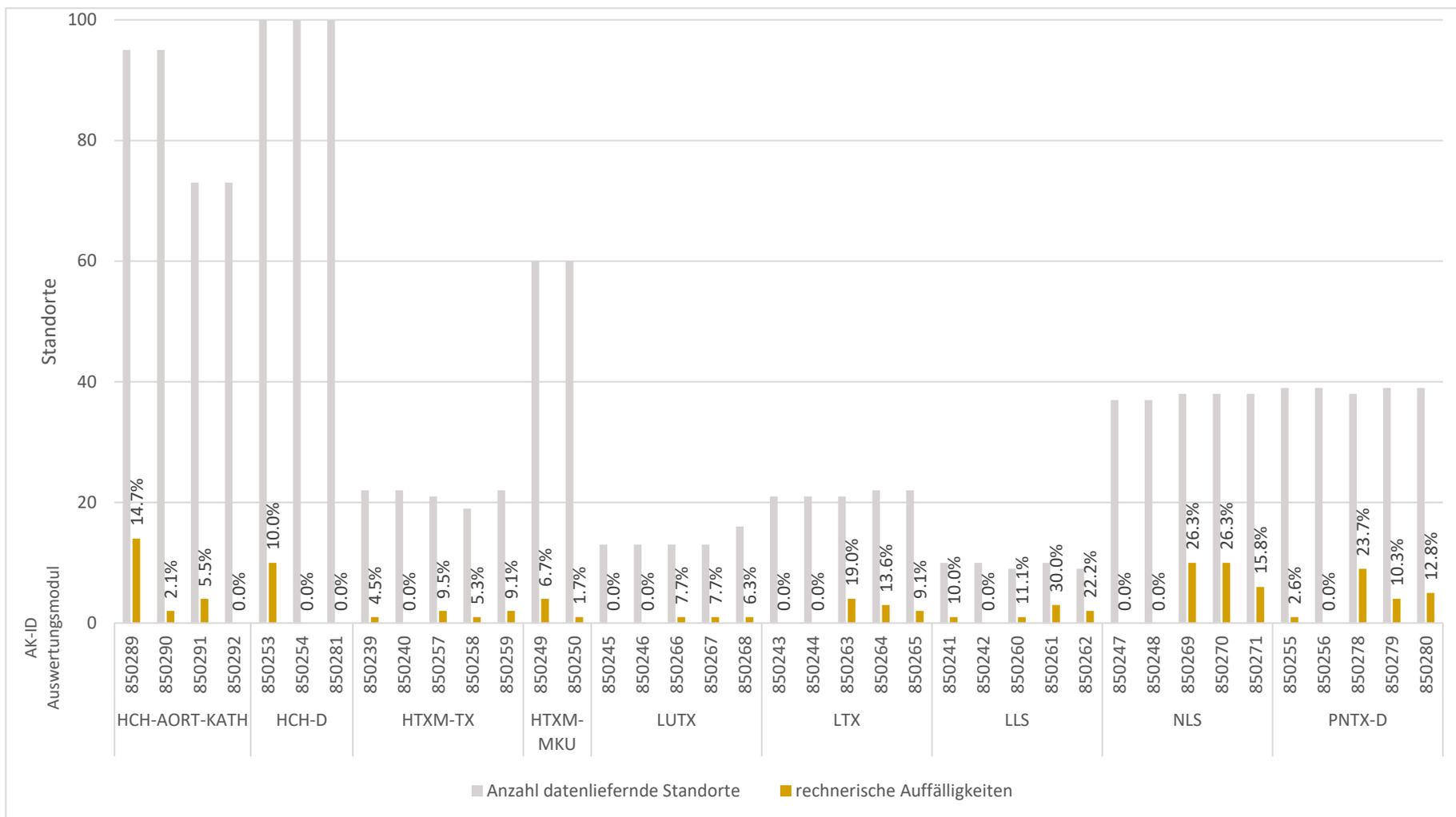


Abbildung 17: Anteil der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten an den datenliefernden Standorten pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019

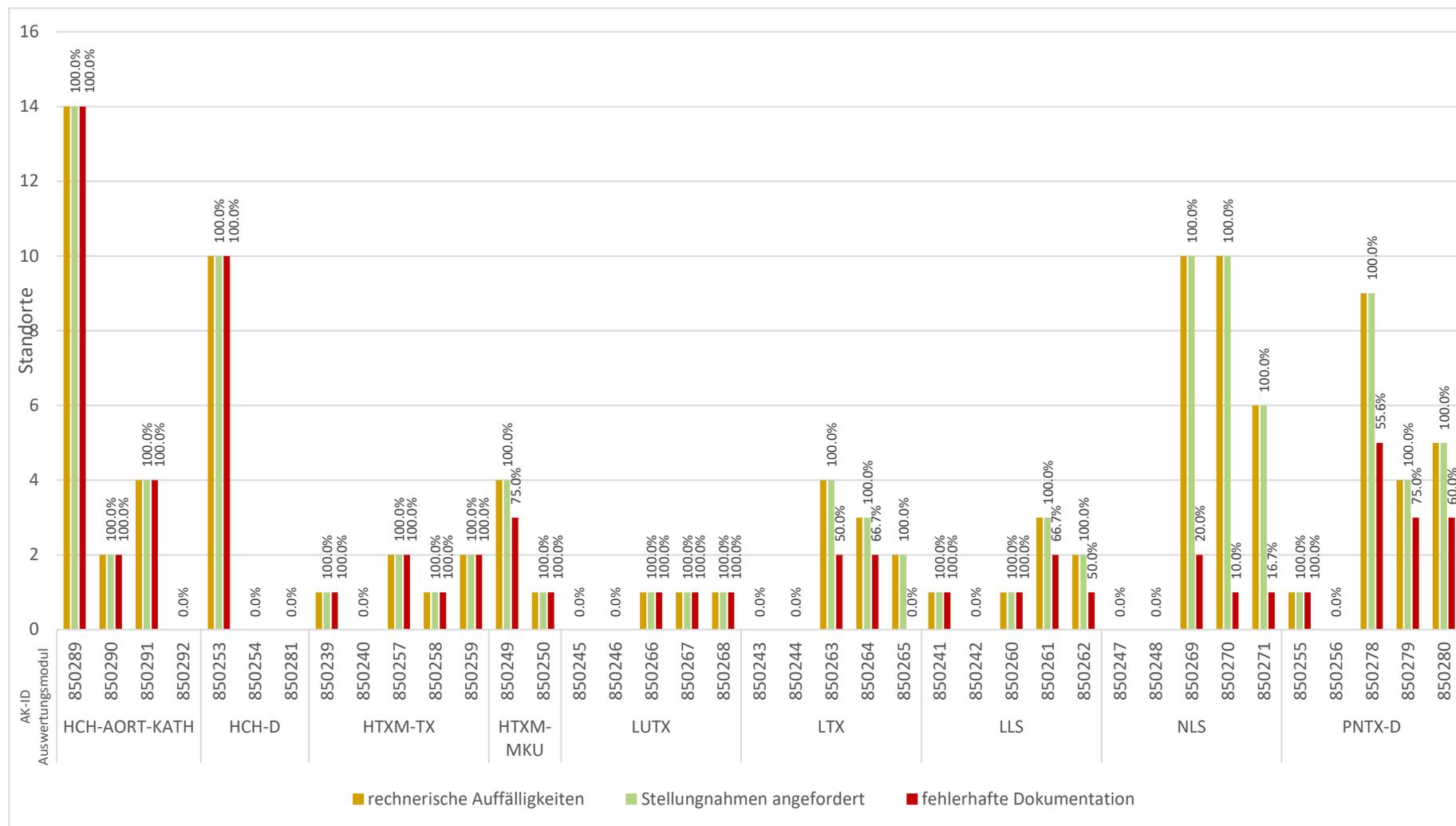


Abbildung 18: Anteil der Standorte mit angeforderten Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten und Anteil der Standorte mit fehlerhafter Dokumentation an den angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren zum EJ 2019

In Tabelle 50 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten fehlerhaften Dokumentationen zu den Ergebnissen der Erfassungsjahre 2018 und 2017 abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Von den 39 AKs zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren ist es bei 11 AKs vorgekommen, dass Standorte wiederholt rechnerisch auffällig waren (zum EJ 2018). In 9 AKs erfolgten wiederholte rechnerische Auffälligkeiten nicht nur zum Vorjahr (EJ 2018), sondern auch zum Vorvorjahr (EJ 2017). Bei 2 AKs erfolgten zum Vorjahr wiederholte fehlerhafte Dokumentationen, aber nicht zum Erfassungsjahr 2017.

*Tabelle 50: Alle Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren, bei denen Standorte wiederholt rechnerisch auffällig wurden und die wiederholt bestätigte fehlerhafte Dokumentationen aufwiesen*

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerisch auffällige Standorte			Standorte mit fehlerhafter Dokumentation		
		EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017	EJ 2019	EJ 2019 und 2018	EJ 2019, 2018 und 2017
LTX	850263	4	3	1	2	1	0
LTX	850264	3	2	1	2	1	0
LTX	850265	2	2	1	0	0	0
LLS	850261	3	1	0	2	0	0
LLS	850262	2	1	0	1	0	0
NLS	850269	10	7	6	2	1	0
NLS	850270	10	5	5	1	0	0
NLS	850271	6	3	3	1	0	0
PNTX-D	850278	9	5	3	5	2	0
PNTX-D	850279	4	2	1	3	0	0
PNTX-D	850280	5	2	2	3	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>58</b>	<b>33</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>0</b>

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu jedem Auffälligkeitskriterium der Vollzähligkeit der direkten QS-Verfahren je Auswertungsmodul beschrieben.

## Herzchirurgie

Insgesamt waren im Verfahrensgebiet *Herzchirurgie* von allen überprüften AKs zur Vollzähligkeit 30 Standorte rechnerisch auffällig. Bei 20 Standorten wurde im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt, bei 10 Standorten im AK zur Unterdokumentation des Auswertungsmoduls HCH-D.

**3.2.17 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) HCH-AORT-KATH****AK-ID 850289 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)**

Von 95 datenliefernden Standorten wurden 14 Standorte (14,7 %) hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (endovaskulär)* rechnerisch auffällig. Durch die angeforderten Stellungnahmen im Strukturierten Dialog wurden für alle 14 Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert.

**AK-ID 850290 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)**

Von 95 datenliefernden Standorten wurden im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)* 2 Standorte (2,1 %) rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog wurden für beide Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert.

**AK-ID 850291= Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)**

Von 73 Standorten, die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)* lieferten, wurden 4 Standorte (5,5 %) rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog wurden bei allen Standorten fehlerhafte Dokumentationen festgestellt.

**AK-ID 850292 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)**

Keiner der 73 datenliefernden Standorten wurde im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)* rechnerisch auffällig.

Tabelle 51: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-AORT-KATH

AK-ID	850289	850290	850291	850292
<b>Anzahl datenliefernder Standorte</b>	95	95	73	73
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	14	2	4	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>				
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	14	2	4	0
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechung	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0

AK-ID	850289	850290	850291	850292
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	14	2	4	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>				
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0

AK-ID 850289 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)

AK-ID 850290 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)

AK-ID 850291 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)

AK-ID 850292 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)

### 3.2.18 Herzchirurgie (HCH-D)

#### AK-ID 850253 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation* wurden 10 der 100 datenliefernden Standorte (10 %) rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog konnten für alle 10 rechnerisch auffälligen Standorte fehlerhafte Dokumentationen festgestellt werden.

#### AK-ID 850254 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Von 100 datenliefernden Standorten wies kein Standort eine rechnerische Auffälligkeit im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* auf.

#### AK-ID 850281 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Keiner der 100 datenliefernden Standorte wurde hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS) rechnerisch auffällig.

Tabelle 52: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul HCH-D

AK-ID	850253	850254	850281
<b>Anzahl datenliefernder Standorte</b>	100	100	100
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	10	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID	850253	850254	850281
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	10	0	0
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	0	0
Begehung	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	10	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>			
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0

AK-ID 850253 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850254 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850281 = Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

## Transplantationsmedizin

Seit dem Erfassungsjahr 2017 werden für die Berechnung der Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up sowie der Qualitätsindikatoren zur Transplantatfunktion 1, 2 und 3 Jahre nach der Transplantation nur noch die Datensätze berücksichtigt, bei denen das definierte Zeitfenster zur Erhebung der Informationen eingehalten wurde. Für das 1-Jahres-Follow-up gilt der Zeitraum „30 Tage vor bis 60 Tage nach dem Operationsdatum plus 1 Jahr“, für das 2- und 3-Jahres-Follow-up hingegen wurde der zulässige Dokumentationszeitraum – aufgrund des für die Transplantationszentren hohen Aufwands der rechtzeitigen Erhebung der Follow-up-Informationen – auf „30 Tage vor bis 90 Tage nach dem Operationsdatum plus 2 bzw. 3 Jahre“ festgelegt. Hintergrund der Änderung war es, eine valide Vergleichbarkeit der Transplantationszentren hinsichtlich der nachhaltigen Behandlungsqualität zu ermöglichen.

Zum Erfassungsjahr 2019 wurde der Titel zu den Auffälligkeitskriterien in der Transplantationsmedizin von *Dokumentationsrate im Follow-up in Zeitgerechte Durchführung des Follow-up* angepasst.

Insgesamt lagen im Verfahrensgebiet *Transplantationsmedizin* von allen überprüften AKs zur Vollzähligkeit 75 rechnerische Auffälligkeiten vor, von denen alle um eine Stellungnahme gebeten wurden. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde 38-mal eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt. An 36 Standorten konnte die korrekte Dokumentation bestätigt werden. Die Bewertung „Sonstiges“ wurde einmal vergeben.

### 3.2.19 Herztransplantation (HTXM-TX)

#### **AK-ID 850239 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)**

Einer der 22 (4,5 %) datenliefernden Standorte wurde im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)* rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde bei diesem Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

#### **AK-ID 850240 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)**

Von 22 datenliefernden Standorten wies kein Standort eine rechnerische Auffälligkeit im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)* auf.

#### **AK-ID 850257 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up**

2 der 21 datenliefernden Standorte (9,5 %) wurden in der *zeitgerechten Durchführung des 1-Jahres-Follow-up* rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnten für beide Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden.

#### **AK-ID 850258 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up**

Hinsichtlich der *zeitgerechten Durchführung des 2-Jahres-Follow-up* wurde einer der 19 datenliefernden Standorte (5,3 %) rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

#### **AK-ID 850259 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up**

2 der 22 Standorte (9,1 %), die Daten zur *zeitgerechten Durchführung des 3-Jahres-Follow-up* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. Durch die beiden angeforderten Stellungnahmen konnten für beide Standorte fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden.

Tabelle 53: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-TX

AK-ID	850239	850240	850257	850258	850259
Anzahl datenliefernder Standorte	22	22	21	19	22
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	0	2	1	2
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	0	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0	0

AK-ID	850239	850240	850257	850258	850259
<b>Maßnahmen</b>					
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	1	0	2	1	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0	2	1	2
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>					
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0	0

AK-ID 850239 = Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Herztransplantation)

AK-ID 850240 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)

AK-ID 850257 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850258 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850259 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

### 3.2.20 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU)

#### **AK-ID 850249 = Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)**

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Underdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)* wurden 4 der 60 datenliefernden Standorte (6,4 %) rechnerisch auffällig. Durch den Strukturierten Dialog konnten für 3 rechnerisch auffälligen Standorte fehlerhafte Dokumentationen festgestellt werden. Ein Standort wurde als Ergebnis des Strukturierten Dialogs mit „Sonstiges“ bewertet.

**AK-ID 850250 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)**

Im Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) wurde einer der 60 datenliefernden Standorte (1,7 %) rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 54: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul HTXM-MKU

AK-ID	850249	850250
Anzahl datenliefernder Standorte	60	60
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	4	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0
Hinweise verschickt	0	0
Stellungnahmen angefordert	4	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechung	0	0
Begehung	0	0
Zielvereinbarung	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	3	1
Sonstiges [S91, S99]	1	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>		
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0

AK-ID 850249 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

AK-ID 850250 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

**3.2.21 Lungen- und Herzlungentransplantation (LUTX)****AK-ID 850245 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation**

Von 13 datenliefernden Standorten wies kein Standort eine rechnerische Auffälligkeit im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* auf.

**AK-ID 850246 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**

Ebenso wies keiner der 13 Standorte, die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* lieferten, eine rechnerische Auffälligkeit auf.

**AK-ID 850266 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up**

Einer der 13 datenliefernden Standorte (7,7 %) wurde hinsichtlich der *zeitgerechten Durchführung des 1-Jahres-Follow-up* rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

**AK-ID 850267 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up**

Einer der 13 Standorte (7,7 %), die Daten zur *zeitgerechten Durchführung des 2-Jahres-Follow-up* lieferten, wurde rechnerisch auffällig. Nach angeforderter Stellungnahme konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

**AK-ID 850268 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up**

Hinsichtlich der *zeitgerechten Durchführung des 3-Jahres-Follow-up* wurde 1 der 16 datenliefernden Standorte (6,3 %) rechnerisch auffällig. Nach durchgeführtem Strukturierten Dialog konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 55: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LUTX

AK-ID	850245	850246	850266	850267	850268
Anzahl datenliefernder Standorte	13	13	13	13	16
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	1	1	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	0	0	0
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>					
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	1	1	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>					
Besprechung	0	0	0	0	0

AK-ID	850245	850246	850266	850267	850268
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	1	1	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>					
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0	0

AK-ID 850245 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850246 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850266 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850267 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850268 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

### 3.2.22 Lebertransplantation (LTX)

#### **AK-ID 850243 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation**

Von 21 datenliefernden Standorten wies kein Standort eine rechnerische Auffälligkeit im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* auf.

#### **AK-ID 850244 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**

Ebenso wies keiner der 21 Standorte, die Daten zum *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* lieferten, eine rechnerische Auffälligkeit auf.

#### **AK-ID 850263 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up**

Von 21 Standorten, die Daten zur *zeitgerechten Durchführung des 1-Jahres-Follow-up* lieferten, wurden 4 Standorte (19,0 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 3 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 2 Standorte eine korrekte Dokumentation und bei 2 weiteren Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Ein Standort wies bereits im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

#### **AK-ID 850264 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up**

Von 22 datenliefernden Standorten zur *zeitgerechten Durchführung des 2-Jahres-Follow-up* wurden 3 Standorte (13,6 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte im Erfassungsjahr 2018

und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Es wurden von 3 Standorten Stellungnahmen angefordert. Durch diese konnte bei einem Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für 2 Standorte konnten fehlerhafte Dokumentationen festgestellt werden. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft.

#### **AK-ID 850265 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up**

Hinsichtlich der zeitgerechten Durchführung des 3-Jahres-Follow-up wurden 2 der 22 datenliefernden Standorte (9,1 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte bei den 2 Standorten die korrekte Dokumentation bestätigt werden.

Tabelle 56: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul LTX

<b>AK-ID</b>	<b>850243</b>	<b>850244</b>	<b>850263</b>	<b>850264</b>	<b>850265</b>
Anzahl datenliefernder Standorte	21	21	21	22	22
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	4	3	2
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	3	2	2
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	1	1	1
<b>Maßnahmen</b>					
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	4	3	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	2	1	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	2	2	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0

AK-ID	850243	850244	850263	850264	850265
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>					
Wiederholte fehlerhafte Dokumenta- tion [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	1	1	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumenta- tion [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0	0

AK-ID 850243 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850244 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850263 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850264 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850265 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

### 3.2.23 Leberlebenspende (LLS)

#### **AK-ID 850241 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation**

Im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* wurde einer der 10 datenliefernden Standorte (10 %) rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

#### **AK-ID 850242 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation**

Von 10 datenliefernden Standorten wies kein Standort eine rechnerische Auffälligkeit im *Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation* auf.

#### **AK-ID 850260 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up**

Einer der 9 datenliefernden Standorte (11,1 %) wurde hinsichtlich der *zeitgerechten Durchführung des 1-Jahres-Follow-up* rechnerisch auffällig. Durch die angeforderte Stellungnahme konnten bei dem Standort fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden.

#### **AK-ID 850261 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up**

Von 10 Standorten, die Daten zur *zeitgerechten Durchführung des 2-Jahres-Follow-up* lieferten, wurden 3 Standorte (30,0 %) rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte bei einem Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 2 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

#### **AK-ID 850262 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up**

Hinsichtlich der *zeitgerechten Dokumentation des 3-Jahres-Follow-up* wurden 2 der 9 datenliefernden Standorte (22,2 %) rechnerisch auffällig. Davon war ein Standort bereits im Erfassungsjahr 2018 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für einen Standort eine korrekte Dokumentation bestätigt und für einen Standort eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt werden.

Tabelle 57: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul LLS

AK-ID	850241	850242	850260	850261	850262
Anzahl datenliefernder Standorte	10	10	9	10	9
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	0	1	3	2
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	0	1	1
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>					
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	1	0	1	3	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	1	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0	1	2	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>					
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	0	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2017 und EJ 2016	0	0	0	0	0

AK-ID 850241 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850242 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850260 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850261 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850262 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

### 3.2.24 Nierenlebenspende (NLS)

#### AK-ID 850247 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Keiner der 37 datenliefernden Standorte wurde im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* rechnerisch auffällig.

#### AK-ID 850248 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Ebenso wurde keiner der 37 Standorte, die Daten bezüglich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* lieferten, rechnerisch auffällig.

#### AK-ID 850269 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Bezüglich der *zeitgerechten Durchführung des 1-Jahres-Follow-up* wurden 10 der 38 datenliefernden Standorte (26,3 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 7 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 6 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 8 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei 2 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden. Ein Standort dokumentierte bereits im Erfassungsjahr 2018 fehlerhaft.

#### AK-ID 850270 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

10 der 38 datenliefernden Standorte (26,3 %) wurden hinsichtlich der *zeitgerechten Durchführung des 2-Jahres-Follow-up* rechnerisch auffällig. Davon waren 5 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 5 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs dokumentierten 9 Standorte korrekt und ein Standort fehlerhaft.

#### AK-ID 850271 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Hinsichtlich der *zeitgerechten Durchführung des 3-Jahres-Follow-up* wurden 6 der 38 datenliefernden Standorte (18,8 %) rechnerisch auffällig. Davon wiesen 3 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 3 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 eine rechnerische Auffälligkeit auf. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte für 5 Standorte eine korrekte Dokumentation bestätigt und bei einem Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert werden.

Tabelle 58: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit im Auswertungsmodul NLS

AK-ID	850247	850248	850269	850270	850271
Anzahl datenliefernder Standorte	37	37	38	38	38
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	10	10	6
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	7	5	3
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	6	5	3
<b>Maßnahmen</b>					
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0	0

AK-ID	850247	850248	850269	850270	850271
Hinweise verschickt	0	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	0	0	10	10	6
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	8	9	5
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	2	1	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>					
Wiederholte fehlerhafte Dokumenta- tion [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	1	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumenta- tion [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0	0

AK-ID 850247 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850248 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850269 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850270 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850271 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

### 3.2.25 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)

#### AK-ID 850255 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Im *Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation* wurde einer der 39 datenliefernden Standorte (2,6 %) rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs wurde für diesen Standort eine fehlerhafte Dokumentation identifiziert.

#### AK-ID 850256 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Hinsichtlich des *Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation* wurde keiner der 39 datenliefernden Standorte rechnerisch auffällig.

#### AK-ID 850278 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Hinsichtlich der *zeitgerechten Durchführung des 1-Jahres-Follow-up* wurden 9 der 38 datenliefernden Standorte (23,7 %) rechnerisch auffällig. Davon waren 5 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 3 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis

des Strukturierten Dialogs wurde für 4 Standorte die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 5 Standorten wurden fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Zwei Standorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2018 eine fehlerhafte Dokumentation auf.

#### **AK-ID 850279 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up**

4 der 39 Standorte (10,3 %), die Daten zur *zeitgerechten Durchführung des 2-Jahres-Follow-up* lieferten, wurden rechnerisch auffällig. 2 Standorte waren im Erfassungsjahr 2018 und ein Standort bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs konnte bei einem Standort die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 3 Standorten konnten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden.

#### **AK-ID 850280 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up**

Von 39 datenliefernden Standorten wurden 5 Standorte (12,8 %) hinsichtlich der *zeitgerechten Durchführung des 3-Jahres-Follow-up* rechnerisch auffällig. Davon waren 2 Standorte im Erfassungsjahr 2018 und 2 Standorte bereits seit dem Erfassungsjahr 2017 rechnerisch auffällig. Im Ergebnis des Strukturierten Dialogs konnte bei 2 Standorten die korrekte Dokumentation bestätigt und bei 3 Standorten konnten fehlerhafte Dokumentationen identifiziert werden.

Tabelle 59: Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit im Auswertungsmodul PNTX-D

AK-ID	850255	850256	850278	850279	850280
Anzahl datenliefernder Standorte	39	39	38	39	39
<b>Rechnerische Auffälligkeiten</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	0	9	4	5
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018	0	0	5	2	2
Wiederholte rechnerische Auffälligkeiten aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	3	1	2
<b>Maßnahmen</b>					
Keine Maßnahmen ergriffen [S90]	0	0	0	0	0
Hinweise verschickt	0	0	0	0	0
Stellungnahmen angefordert	1	0	9	4	5
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>					
Besprechung	0	0	0	0	0
Begehung	0	0	0	0	0
Zielvereinbarung	0	0	0	0	0
<b>Bewertungen nach Strukturiertem Dialog</b>					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	4	1	2

AK-ID	850255	850256	850278	850279	850280
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0	5	3	3
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0	0
<b>Wiederholte fehlerhafte Dokumentationen</b>					
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018	0	0	2	0	0
Wiederholte fehlerhafte Dokumentation [A40, A42, A99] aus EJ 2018 und EJ 2017	0	0	0	0	0

AK-ID 850255 = Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

AK-ID 850256 = Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

AK-ID 850278 = Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850279 = Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850280 = Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

## Literatur

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL): Änderung von § 24 Absatz 2. [Stand:] 22.03.2019. Berlin: G-BA. BAnz AT 31.05.2019 B1. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3739/2019-03-22\\_QSKH-RL\\_Aenderung-%C2%A724-Abs2\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3739/2019-03-22_QSKH-RL_Aenderung-%C2%A724-Abs2_BAnz.pdf) (abgerufen am: 27.05.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) COVID-19: Ausnahmen zu QS-Anforderungen. [Stand:] 14.05.2020. Berlin: G-BA. BAnz AT 03.06.2020 B3. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4302/2020-05-14\\_QSKH-RL\\_Ausnahmen-QS-Anforderungen-COVID-19\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4302/2020-05-14_QSKH-RL_Ausnahmen-QS-Anforderungen-COVID-19_BAnz.pdf) (abgerufen am: 11.08.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), den Beschluss über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL), der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan.QI-RL) und der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, (MDK-QK-RL), Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R), Mindestmengenregelungen, (Mm-R): COVID-19: Ausnahmen zu QS-Anforderungen. [Stand:] 27.03.2020. Berlin: G-BA. BAnz AT 08.04.2020 B4. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4230/2020-03-27\\_QS-RL\\_COVID-19-Ausnahmen-QS-Anforderungen\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4230/2020-03-27_QS-RL_COVID-19-Ausnahmen-QS-Anforderungen_BAnz.pdf) (abgerufen am: 26.07.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020c): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL), der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R), der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragszahnärztliche Versorgung (QP-RL-Z), der Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL), der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL), der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie (KiHe-RL) und der Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL): COVID-19: Ausnahmen zu QS-Anforderungen. [Stand:] 03.12.2020. Berlin: G-BA. BAnz AT 03.02.2021 B2. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4593/2020-12-03\\_QS-RL\\_Ausnahmen-QS-Anforderungen\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4593/2020-12-03_QS-RL_Ausnahmen-QS-Anforderungen_BAnz.pdf) (abgerufen am: 11.08.2021).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verstetigung und Weiterführung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollzähligkeit für die Datenvalidierung 2020 (Erfassungsjahr 2019) gemäß QSKH-RL. [Stand:] 29.01.2020. Berlin: G-BA. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020a): Bericht zum Strukturierten Dialog 2019. Erfassungsjahr 2018. Stand: 15.05.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020b): Bericht zur Datenvalidierung 2019 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2018. Stand: 03.09.2020. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG\\_Bericht-zur-Datenvalidierung-2019-QSKH-RL\\_EJ-2018\\_2020-09-03.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Bericht-zur-Datenvalidierung-2019-QSKH-RL_EJ-2018_2020-09-03.pdf) (abgerufen am: 26.07.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Bericht zum Strukturierten Dialog 2020. Erfassungsjahr 2019. Stand: 31.08.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].