



Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zur Datenvalidierung 2014

Erfassungsjahr 2013

Stand: 13. Mai 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2014 – Erfassungsjahr 2013

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

jährlich

Datum der Abgabe:

13. Mai 2015

Signatur:

15-SQG-015

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Zusammenfassung.....	8
1 Einleitung	13
2 Methodik.....	14
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	14
2.1.1 Durchführung.....	15
2.1.2 Bewertung	15
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	17
3 Umfassende Datenvalidierung	19
3.1 Karotis-Revaskularisation (10/2).....	19
3.1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	19
3.1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	21
3.1.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität	25
3.2 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)	26
3.2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	26
3.2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	29
3.2.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität	32
3.3 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	34
3.3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	34
3.3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	34
3.3.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität	36
4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)	37
4.1 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	37
4.2 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4).....	38
4.3 Cholezystektomie (12/1).....	40
4.4 Gynäkologische Operationen (15/1)	41
4.5 Geburtshilfe (16/1)	42
4.6 Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1).....	43
4.7 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)	44
4.8 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3)	45
4.9 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)	46
4.10 Mammachirurgie (18/1)	47

4.11	Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH).....	48
4.12	Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell chirurgisch (HCH-AORT-CHIR)	49
4.13	Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (HCH-AORT-KATH)	50
4.14	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB).....	51
5	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	52
5.1	Indirekte Verfahren	52
5.1.1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	52
5.1.2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	54
5.1.3	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz	56
5.1.4	Erkenntnisse zur Vollzähligkeit	58
5.2	Direkte Verfahren	58
5.2.1	Herzchirurgie	58
5.2.2	Transplantationen und Lebendspenden.....	59
6	Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren	62
7	Schlussfolgerung und Ausblick	65
	Glossar.....	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 10/2 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	9
Tabelle 2: 17/7 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	10
Tabelle 3: LUTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	10
Tabelle 4: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung	11
Tabelle 5: Bewertung der Ergebnisse	16
Tabelle 6: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität	17
Tabelle 7: Kategorisierung der Sensitivität und der Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität	18
Tabelle 8: 10/2 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung	20
Tabelle 9: 10/2 – Umfang der Stichprobenprüfung	22
Tabelle 10: 10/2 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	23
Tabelle 11: 17/7 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung	27
Tabelle 12: 17/7 – Umfang der Stichprobenprüfung	29
Tabelle 13: 17/7 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	30
Tabelle 14: LUTX – Umfang der Stichprobenprüfung	34
Tabelle 15: LUTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	34
Tabelle 16: 09/1 – Ergebnisse	38
Tabelle 17: 09/4 – Ergebnisse	39
Tabelle 18: 12/1 – Ergebnisse	41
Tabelle 19: 15/1 – Ergebnisse	42
Tabelle 20: 16/1 – Ergebnisse	43
Tabelle 21: 17/1 – Ergebnisse	43
Tabelle 22: 17/2 – Ergebnisse	44
Tabelle 23: 17/3 – Ergebnisse	45
Tabelle 24: 17/5 – Ergebnisse	46
Tabelle 25: 18/1 – Ergebnisse	47
Tabelle 26: HCH-KCH – Ergebnisse	48
Tabelle 27: HCH-AORT-CHIR – Ergebnisse	49
Tabelle 28: HCH-AORT-KATH – Ergebnisse	50
Tabelle 29: HCH-KOMB – Ergebnisse	51
Tabelle 30: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse	53
Tabelle 31: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse	55
Tabelle 32: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse	57
Tabelle 33: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung	58
Tabelle 34: Transplantationen und Lebendspenden	60
Tabelle 35: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt)	62
Tabelle 36: Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 10/2 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht	8
Abbildung 2: 17/7 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht	9
Abbildung 3: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht.....	11
Abbildung 4: Verfahren der Datenvalidierung.....	14
Abbildung 5: 10/2 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht	24
Abbildung 6: 17/7 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht	31
Abbildung 7: LUTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht.....	35
Abbildung 8: AK Unterdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten	52
Abbildung 9: AK Überdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten	54

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums
AKL	Aortenklappen
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ASA	American Society of Anesthesiologists
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KH	Krankenhaus
KIS	Krankenhausinformationssystem
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
LVEF	linksventrikuläre Ejektionsfraktion
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Minimaldatensatz
O/E	Observed to Expected Ratio
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	Perkutane Koronarintervention
Qesü-RL	Richtlinie (des G BA) gemäß §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie (des G BA) gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der umfassenden Datenvalidierung 2014 zum Erfassungsjahr 2013 aus den Leistungsbereichen *Karotis-Revaskularisation (10/2)*, *Knie-Endoprothesenwechsel und-komponentenwechsel (17/7)* und *Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)* dargestellt. Zudem erfolgt (seit dem Erfassungsjahr 2010) neben einer Überprüfung weiterer Leistungsbereiche hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit auch eine Prüfung der Vollzähligkeit.

Insgesamt wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 145 Auffälligkeitskriterien überprüft. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden für die Datenvalidierung 1.868 rechnerische Auffälligkeiten analysiert und bewertet.

Für die Stichprobenprüfung wurden mittels Zufallsstichprobe für den direkten Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)* 4 Krankenhäuser mit 63 Fällen gezogen. Bei den indirekten Leistungsbereichen wurden die Daten zu 90 Krankenhäusern mit 1.462 Fällen zur Prüfung an die LQS übermittelt. Nach Abschluss des Stichprobenverfahrens wurden die Daten von 89 Krankenhäusern und 1.445 Fällen an das AQUA-Institut zurückgesendet.

Karotis-Revaskularisation (10/2)

Im Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation (10/2)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 5 Auffälligkeitskriterien überprüft. Bei 60 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in 85,0 % der Fälle ($n = 51$) eine Stellungnahme angefordert. Bei 49,0 % der angefragten Krankenhäuser wurden Dokumentationsfehler festgestellt (vgl. Abbildung 1).

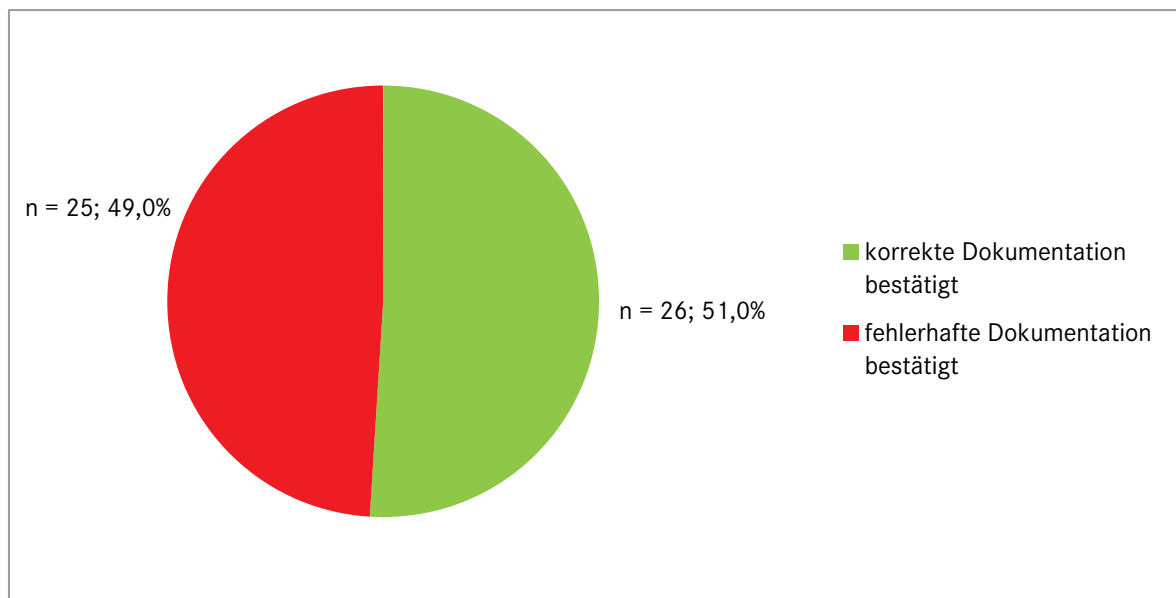


Abbildung 1: 10/2 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 40 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 5 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden mussten (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: 10/2 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes
8	asymptomatische Karotisläsion rechts
12	asymptomatische Karotisläsion links
103	Neuaufgetretenes neurologisches Defizit
111	lokale Komplikationen
118	allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)

Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)

Im Leistungsbereich *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung ebenfalls 5 Auffälligkeitskriterien überprüft. Bei 198 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in 80,3 % der Fälle (n = 159) eine Stellungnahme angefordert. Bei 54,7 % der angefragten Krankenhäuser wurden Dokumentationsfehler festgestellt (vgl. Abbildung 2).

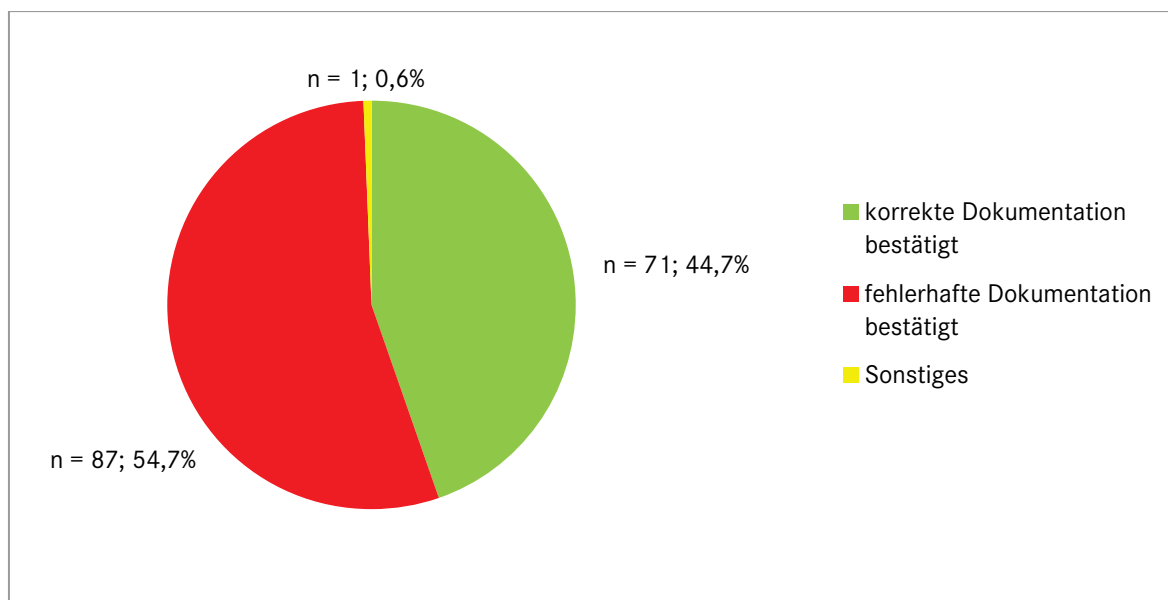


Abbildung 2: 17/7 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 34 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 8 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden mussten (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: 17/7 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes
15	Entzündungszeichen im Labor
17	Erregernachweis
36	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)
45	postoperative Wundinfektion
47	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich
48	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)
54	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich
55	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?

Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

Im Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung keine neuen Auffälligkeitskriterien überprüft.

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 17 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 5 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden mussten (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: LUTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes
13	Dringlichkeit
15	thorakale Voroperation
28	Beatmungsdauer
37	Gesamtischämiezeit
46	FEV1

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Bezogen auf die Überprüfung der Datensätze hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit konnten bei den indirekten Verfahren insgesamt 673 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt werden. Auch hier werden die Auffälligkeiten auf Ebene der Krankenhäuser und pro Auffälligkeitskriterium bestimmt, sodass ein Krankenhaus in Bezug auf mehrere Auffälligkeitskriterien rechnerisch auffällig werden kann. Es wurden 79,5 % der Krankenhäuser (n = 535) mit der Bitte um Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme angeschrieben. Der Strukturierte Dialog hat ergeben, dass 46,5 % (n = 249) der rechnerischen Auffälligkeiten durch eine fehlerhafte Dokumentation bedingt sind. Bei den direkten Verfahren wurden 36 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Es wurden alle Krankenhäuser mit der Bitte um Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme angeschrieben. In 41,7 % der Stellungnahmen (n = 15) wurden die rechnerischen Auffälligkeiten mit fehlerhaften Dokumentationen begründet.

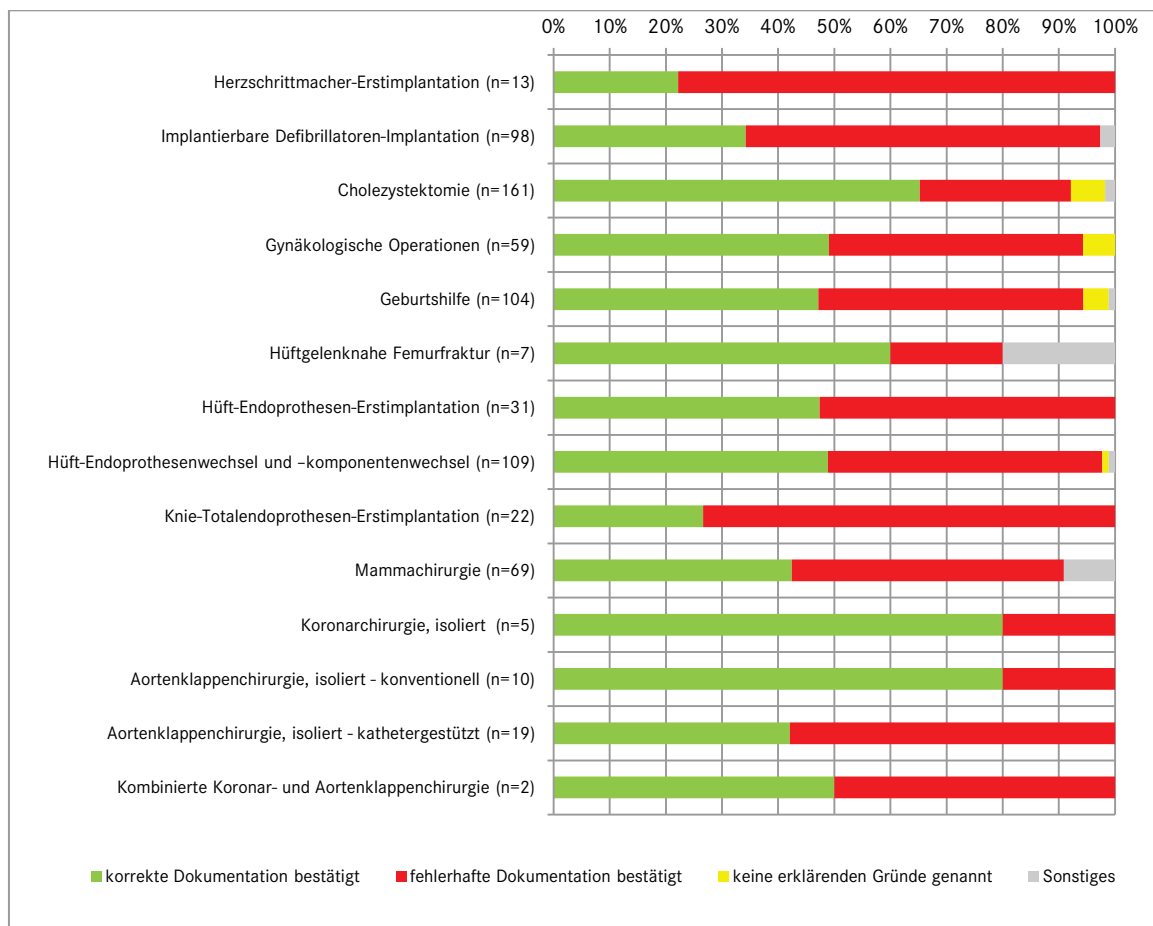


Abbildung 3: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bei der Anwendung der Vollzähligkeitsprüfung auf den Bundesdatenpool 2013 zeigen sich insgesamt 838 rechnerische Auffälligkeiten bezogen auf die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation und zum Minimaldatensatz. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich beim Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation wieder ein deutlicher Rückgang.

Tabelle 4: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung

Auffälligkeitskriterien	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	Rechnerisch auffällige KH	Angeforderte Stellungnahmen	Rechnerisch auffällige KH	Angeforderte Stellungnahmen
Underdokumentation	544	330	746	576
Überdokumentation	199	118	198	133
Minimaldatensatz	95	55	70	66

Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden zudem auch die Follow-up-Ergebnisse der Patienten nach ein, zwei und drei Jahren dokumentiert werden, wurden diese zusätzlich bei der Überprüfung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Diesbezüglich wurden weitere 36 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Außerdem wurden bei der Überprüfung der häufigen Angabe eines unbekanntem Follow-up-Status noch 7 weitere rechnerische Auffälligkeiten analysiert. Auch hier zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten.

Bericht zum Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Für den Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2013 wurden nach Auswertung der Datensätze für 17.233 Indikatorergebnisse Abweichungen festgestellt. Zu den ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten wurden insgesamt 9.975 (57,9 %) Stellungnahmen angefordert und 7.131 (41,4 %) Hinweise versendet. Nach Überprüfung der von den Krankenhäusern eingereichten Stellungnahmen wurden letztlich 10,2 % der Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ bewertet. Als „qualitativ unauffällig“ wurden 38,1 % der Ergebnisse eingestuft und bei rechnerischen Auffälligkeiten, die wegen fehlerhafter Dokumentation nicht zu bewerten waren, betrug der Anteil 8,7 %. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2012) nahm der Anteil damit um 1,7 % ab. Dennoch waren auch in diesem Jahr eine Vielzahl der rechnerischen Auffälligkeiten auf mangel- bzw. fehlerhafte Dokumentationen zurückzuführen.

Die gesamten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren sind in einem separaten Bericht aufgearbeitet. Der *Bericht zum Strukturierten Dialog 2014 – Erfassungsjahr 2013* ist über www.sgg.de abrufbar.

Schlussfolgerung und Ausblick

Durch den Einsatz von Auffälligkeitskriterien bei der Statistischen Basisprüfung konnten Probleme hinsichtlich der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern geklärt werden. Sofern Dokumentationsfehler vorlagen, wurden von den Krankenhäusern Maßnahmen zur künftigen Vermeidung eingeleitet.

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens erfolgt die Bewertung der Datenvalidität ausgewählter Datenfelder auf Grundlage eines definierten Schemas. Dabei stellte sich heraus, dass in allen untersuchten Leistungsbereichen eine hohe Varianz der Datenvalidität vorliegt.

Für die Datenvalidierung 2015 zum Erfassungsjahr 2014 wurden vom G-BA ein indirektes sowie zwei direkte Verfahren ausgewählt. Eine umfassende Datenvalidierung wird in den Leistungsbereichen *Herzschrillmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)*, *Nierentransplantation (NTX)* und *Leberlebendspende (LLS)* durchgeführt werden.

1 Einleitung

Gemäß § 15 Abs. 2 QSKH-RL sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs und der Datenvalidierung jährlich in einem zusammenfassenden Bericht darzustellen. Da diese beiden Themenkomplexe unterschiedliche inhaltliche und methodische Schwerpunkte haben, werden sie in zwei separaten Berichtsteilen jeweils mit Anhang präsentiert. Im vorliegenden Bericht werden die Maßnahmen und Ergebnisse zur Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2013 aufgezeigt.

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Dokumentationsqualität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert und wird jährlich in ausgewählten Leistungsbereichen durchgeführt (vgl. § 9 QSKH-RL). Im Jahr 2014 wurden die Daten aus dem Erfassungsjahr 2013 der Leistungsbereiche *Karotis-Revaskularisation*, *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* und *Lungen- und Herz-Lungen-transplantation* validiert. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit in weiteren ausgewählten Leistungsbereichen sowie die Auswertung der Vollzähligkeit der gelieferten Datensätze.

Nach einer kurzen Darstellung der Methodik des Datenvalidierungsverfahrens werden zunächst die Ergebnisse der umfassenden Datenvalidierung in den ausgewählten Leistungsbereichen vorgestellt. Zudem werden auf Grundlage der Erfahrungen, die die Mitarbeiter der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (LQS) und des AQUA-Instituts im Rahmen der Datenvalidierung gesammelt haben, zentrale Dokumentationsprobleme benannt und Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt. Des Weiteren wird beschrieben, welche Auswirkungen die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren in dem jeweiligen Leistungsbereich haben. Anschließend werden die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfung hinsichtlich der verstetigten Auffälligkeitskriterien in einem eigenen Abschnitt dargestellt. Es folgt die Darstellung der Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung in allen Leistungsbereichen. Im abschließenden Kapitel wird ein Fazit formuliert und ein Ausblick gegeben, welche Weiterentwicklungen in der Datenvalidierung bereits umgesetzt bzw. geplant sind.

Für eine anschauliche Darstellung des anspruchsvollen Verfahrens der Datenvalidierung werden die Methodik und die zentralen Ergebnisse mittels erklärender Texte, einfacher Tabellen und anschaulicher Grafiken präsentiert. Ergänzend werden ausgewählte Sachverhalte anhand praktischer Beispiele erläutert und Fachbegriffe in einem gesonderten Glossar erklärt. Detaillierte Ergebnisse finden sich in einem ausführlichen Anhang.

2 Methodik

Das Datenvalidierungsverfahren besteht aus zwei Segmenten, die sich sowohl in ihrer primären Zielsetzung als auch in ihrer Methodik unterscheiden. Abbildung 4 veranschaulicht die beiden Bausteine „Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ und „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“, die anschließend erläutert werden.

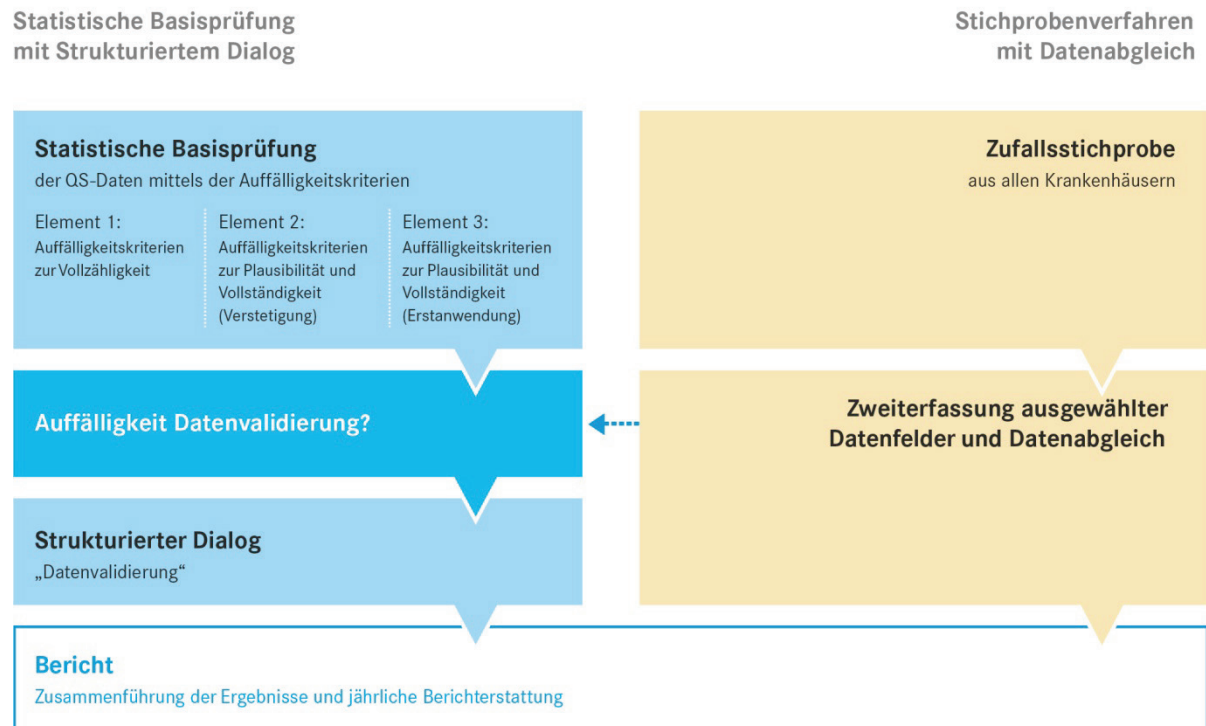


Abbildung 4: Verfahren der Datenvalidierung

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

Element 1: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen Leistungsbereichen angewandt. Im Zuge dessen werden die Datensätze, die ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich geliefert hat (Ist-Bestand), den Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand) gegenübergestellt. Auf Grundlage dieses Soll-Ist-Abgleichs werden pro Leistungsbereich jeweils ein Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Anteil Ist/Soll < 95 % pro Leistungsbereich) und ein Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Anteil Ist/Soll > 110 % pro Leistungsbereich) berechnet. Zur Prüfung des Anteils an Minimaldatensätzen an den zu dokumentierenden Fällen wird zusätzlich in allen Leistungsbereichen, ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (AK MDS) eingesetzt; ausgenommen hiervon sind der Leistungsbereich *Neonatalogie* sowie die orthopädischen, unfallchirurgischen und transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche. Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden Follow-up-Daten erhoben werden, wurden für diese Leistungsbereiche weitere Auffälligkeitskriterien eingeführt, die die Dokumentationsrate sowie die Angabe eines unbekanntenen Überlebensstatus untersuchen.

Element 2: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

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

Element 3: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Erstanwendung)

Neben den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit und den verstetigten Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der Vorjahre wird jedes Jahr auch ein umfassendes Set neuer Auffälligkeitskriterien entwickelt, welches in ausgewählten Leistungsbereichen erstmals angewendet wird.

2.1.1 Durchführung

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

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

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

2.1.2 Bewertung

Für die Ergebnisberichterstattung des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ist es erforderlich, dass die Antworten der Krankenhäuser von den LQS bzw. dem AQUA-Institut bewertet werden. Die folgende Tabelle (vgl. Tabelle 5) beinhaltet die Bewertungskategorien, die im Rahmen der Datenvalidierung zulässig sind.

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

Tabelle 5: Bewertung der Ergebnisse

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Neben der eigentlichen Bewertung wurden zusätzlich auch die Kommentare zu den Bewertungen der Auffälligkeitskriterien analysiert und berücksichtigt. Es gibt Fälle, in denen die Bewertung A40 nicht vergeben wurde, bei denen aber auf der Basis des Kommentares eindeutig ist, dass Dokumentationsfehler aufgetreten sind. Unter anderem wurde mit U99 oder S99 bewertet, wenn nicht bei allen überprüften Fällen Dokumentationsfehler aufgetreten sind, sondern nur bei einem Teil. Für die Auswertung der Ergebnisse der Datenvalidierung wurde in diesen Fällen von der in Tabelle 5 beschriebenen Zuordnung wie folgt abgewichen: Wenn aus dem Kommentar eindeutig hervorging, dass in einem Krankenhaus Dokumentationsfehler aufgetreten sind – wenn auch nur in einzelnen Fällen – wurde dieses Krankenhaus ebenfalls in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. Ist ein derartiger Fall aufgetreten, ist dies an der entsprechenden Stelle im Bericht auch aufgeführt. Im Anhang zu diesem Bericht sind alle Bewertungen einzeln dargestellt, so wie sie von den LQS bzw. dem AQUA-Institut vergeben wurden.

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

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

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

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

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

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

Eine erste Kennzahl, die sich zur Bewertung der Datenvalidität anbietet und die unabhängig von der Anzahl an Antwortkategorien eines Datenfelds berechnet werden kann, ist die Übereinstimmungsrate zwischen den Angaben in der Patientenakte und denen der QS-Dokumentation. Je höher die Übereinstimmungsrate ist, desto besser ist die Datenvalidität. Bezogen auf die Aussagekraft der QS-Daten wird die in Tabelle 6 dargelegte Kategorisierung bzw. Bewertung der Datenvalidität angewendet:

Tabelle 6: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität

Kategorisierung der Übereinstimmungsrate	Bewertung der Datenvalidität
Übereinstimmungsrate $\geq 90\%$	hervorragende Datenvalidität
Übereinstimmungsrate $\geq 80\%$ und $< 90\%$	gute Datenvalidität
Übereinstimmungsrate $< 80\%$	verbesserungsbedürftige Datenvalidität

Ein wesentlicher Nachteil der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität besteht in der Abhängigkeit von der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Ereignisses (Prävalenz). Das heißt, je häufiger ein bestimmtes Ereignis auftritt, desto wahrscheinlicher ist es, dass es in der QS-Dokumentation zufällig korrekt dokumentiert ist. Aussagekräftigere Bewertungen hinsichtlich der Datenvalidität lassen sich durch die Verwendung der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität erzielen. Für diese Kennzahlen wurde die in Tabelle 7 dargestellte Kategorisierung zur Bewertung der Datenvalidität gewählt:

Tabelle 7: Kategorisierung der Sensitivität und der Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität

Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität	Bewertung der Datenvalidität
Sensitivität und Spezifität $\geq 90\%$	hervorragende Datenvalidität
Sensitivität oder Spezifität $\geq 80\%$ und $< 90\%$	gute Datenvalidität
Sensitivität oder Spezifität $< 80\%$	verbesserungsbedürftige Datenvalidität

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

3 Umfassende Datenvalidierung

3.1 Karotis-Revaskularisation (10/2)

3.1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation* erfolgte in mehreren Stufen. Zunächst wurde ein erster Vorschlag für die Auffälligkeitskriterien im Rahmen einer Kleingruppe (Team aus Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung sowie Biometrikern und den Bundesfachgruppenbetreuern des AQUA-Instituts) erarbeitet. Anschließend wurden die entwickelten Auffälligkeitskriterien als Grundlage genommen, um gemeinsam mit der Projektgruppe Datenvalidierung einen Vorschlag für die finale Auswahl der Auffälligkeitskriterien zu erarbeiten. Am Ende des Auswahlprozesses wurden insgesamt 5 Kriterien als relevant erachtet, die dem Unterausschuss für Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet wurden. Diese lauten wie folgt:

- AK-ID 850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850333: Häufige Angabe von schweren neurologischen Defiziten bei Aufnahme bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850334: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)
- AK-ID 850335: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (kathetergestützt)

Die Anwendung der Auffälligkeitskriterien auf den Bundesdatenpool 2013 erfolgte durch das AQUA-Institut. Die rechnerisch auffälligen Krankenhäuser und deren Ergebnisse wurden den LQS anschließend pseudonymisiert übermittelt. Zudem wurden die bundesweit geltenden Rechenregeln vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellt, sodass die LQS die Auffälligkeiten alternativ auch durch die Anwendung auf ihren Landesdatenpool selbst ermitteln konnten.

In Tabelle 8 sind für jedes Auffälligkeitskriterium die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser, die durch die Landesgeschäftsstellen eingeleiteten Maßnahmen des Strukturierten Dialogs und die abschließenden Bewertungen dargestellt. Eine detaillierte Darstellung auf Ebene der einzelnen Landesgeschäftsstellen ist im Anhang zu finden.

Tabelle 8: 10/2 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

	850331	850332	850333	850334	850335
Referenzbereiche	= 0 (Anzahl Zähler)	≤ 4,6 % (95. Perzentil)	≤ 2,1 % (95. Perzentil)	≤ 7,3 % (95. Perzentil)	≤ 9,5 % (95. Perzentil)
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	22	5	21	10
Maßnahmen					
Hinweise	1	3	2	2	1
Stellungnahmen	1	19	3	19	9
Ergebnisse					
Korrekte Dokumentation	0	7	2	11	6
Fehlerhafte Dokumentation	1	12	1	8	3
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 8:

- AK-ID 850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850333: Häufige Angabe von schweren neurologischen Defiziten bei Aufnahme bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850334: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)
- AK-ID 850335: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (kathetergestützt)

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

Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurden 2 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Ein Krankenhaus wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. Das andere Krankenhaus wurde zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. In diesem Fall wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Insgesamt 22 Krankenhäuser wurden bei diesem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig. Von 19 Krankenhäusern wurde eine Stellungnahme angefordert, in den übrigen 3 Fällen erhielt das betreffende Krankenhaus einen Hinweis.

Bei 12 Krankenhäusern wurden Dokumentationsfehler festgestellt. In 7 Krankenhäusern wurde die korrekte Dokumentation bestätigt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 63,2 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850333: Häufige Angabe von schweren neurologischen Defiziten bei Aufnahme bei asymptomatischen Patienten

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 5 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt, von denen 2 auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen wurden. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei einem Krankenhaus lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 33,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 21 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 11 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den übrigen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 42,1 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850335: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (kathetergestützt)

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 10 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 9 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Ein Krankenhaus wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen.

In 6 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei 3 Krankenhäusern lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 33,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

3.1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Die Auswahl der Datenfelder, für die im Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation* eine Zweiterfassung durchgeführt werden sollte, erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung und den Bundesfachgruppenbetreuern. Insgesamt wurden 40 der 129 Datenfelder ausgewählt. Die Ziehung der Zufallsstichprobe der zu untersuchenden Krankenhäuser und Patientenakten für das Erfassungsjahr 2013 erfolgte ebenfalls durch das AQUA-Institut. Dazu wurden unter Anwendung einer geschichteten Klumpenstichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhäuser, die zu diesem Leistungsbereich QS-Daten für das Erfassungsjahr 2013 geliefert haben, zufällig ausgesucht. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben.

Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 37 Krankenhäuser ausgewählt, für die bundesweit 696 Fallakten durch die Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Tabelle 9 stellt die Anzahl der Krankenhäuser und Fallakten je Bundesland dar, welche dem Stichprobenverfahren unterzogen wurden.

Tabelle 9: 10/2 – Umfang der Stichprobenprüfung

Bundesland	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fallakten
Baden-Württemberg	4	61
Bayern	5	100
Berlin	1	11
Brandenburg	2	40
Bremen	1	20
Hamburg	1	20
Hessen	2	27
Mecklenburg-Vorpommern	1	20
Niedersachsen	3	57
Nordrhein-Westfalen	8	160
Rheinland-Pfalz	2	40
Saarland	1	20
Sachsen-Anhalt	2	40
Sachsen	2	40
Schleswig-Holstein	1	20
Thüringen	1	20
Gesamt	37	696

Für ein Krankenhaus wurden im Rahmen der Zufallsstichprobenziehung 2 Fälle ausgewählt, die sich während des Vor-Ort-Abgleichs als Vorgänge zum gleichen Patienten herausstellten. Die zuständige LQS ordnete die zweiterhobenen Daten dem Vorgang zu, in dem der Patient operiert wurde. Für den zweiten Vorgang gab sie durchgehend „aus Patientenakte nicht ersichtlich“ an. Dies führt dazu, dass in den Auswertungen, bei denen in der Grundgesamtheit alle Patienten einbezogen werden, immer mindestens ein Fall zu finden ist, für den die Angabe „aus Patientenakte nicht ersichtlich“ erfolgt ist.

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Für die Bewertung der Datenvalidität wurden die Daten für alle Fälle, für die eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder erfolgt ist, zusammengeführt und analysiert. Hierbei wurde die Datenvalidität anhand eines definierten Bewertungsschemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist, beurteilt. In Tabelle 10 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt. Im Anhang zu diesem Bericht sind weitere detaillierte Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder einzusehen.

Im Rahmen der Auswertung wurden die sonstigen Karotisläsionen der rechten und linken Seite (Datenfelder 35–38 und 41–44) zusammengefasst. Gleiches gilt für die Komplikationen (Datenfelder 112–117 und 119–124).

Tabelle 10: 10/2 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung¹

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes	Datenvalidität
8	asymptomatische Karotisläsion rechts	Verbesserungsbedürftig
11	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	Hervorragend
12	asymptomatische Karotisläsion links	Verbesserungsbedürftig
15	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	Gut
16	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)	Gut
32	Stenosegrad rechts (nach NASCET)	Gut
33	Stenosegrad links (nach NASCET)	Gut
34	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite	Gut
35–38	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite (gesamt)	Hervorragend
40	sonstige Karotisläsionen der linken Seite	Gut
41–44	sonstige Karotisläsionen der linken Seite (gesamt)	Hervorragend
50	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)	Gut
53	therapierte Seite	Hervorragend
56	Art des Eingriffs	Hervorragend
73	Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem	Hervorragend
76	Art der Intervention	Hervorragend
83	intraprozedurale Lyse/Thrombektomie	Gut
88	TEA	Hervorragend
97	Abklemmdauer	Gut
103	Neuaufgetretenes neurologisches Defizit	Verbesserungsbedürftig
104	Schweregrad des neurologischen Defizits	Gut
111	lokale Komplikationen	Verbesserungsbedürftig
112–117	lokale Komplikationen (gesamt)	Hervorragend
118	allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)	Verbesserungsbedürftig
119–124	allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) (gesamt)	Hervorragend
127	Entlassungsgrund (Tod)	Hervorragend

Abbildung 5 veranschaulicht die Bewertung aller überprüften Datenfelder in diesem Leistungsbereich. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Datenfelder mit „gut“ oder „hervorragend“ bewertet wurde. Jedoch zeigten sich bei einigen Datenfeldern auch Probleme in der Dokumentation, sodass die Datenvalidität dieser mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden musste.

¹ Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2013.

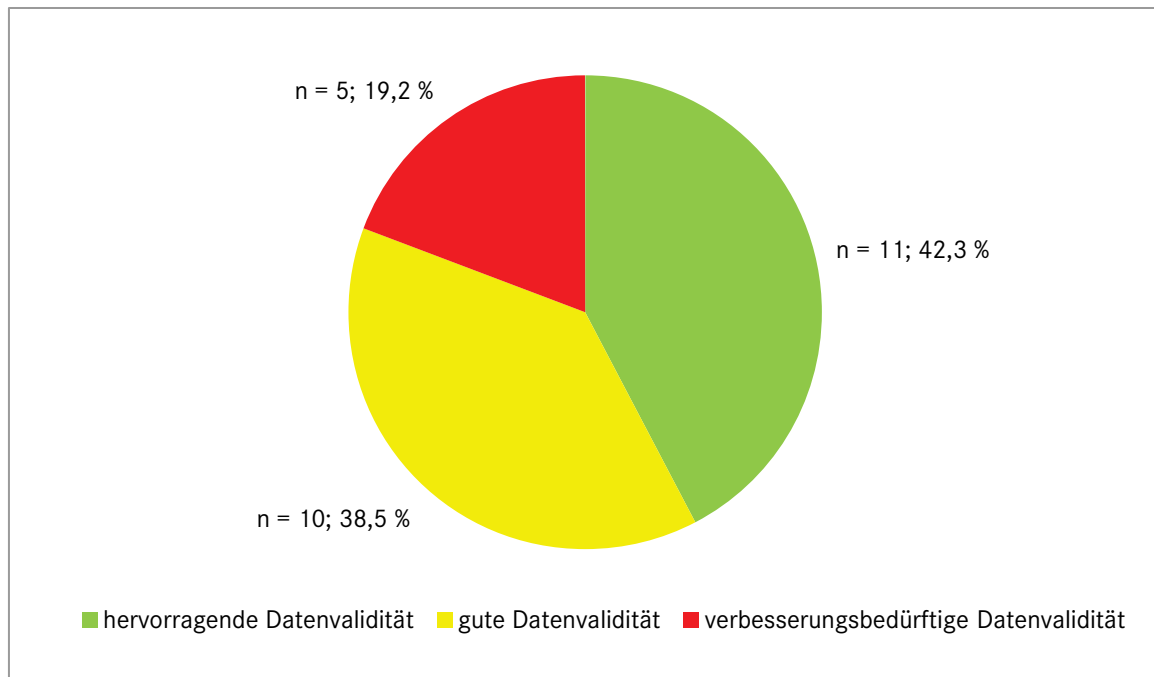


Abbildung 5: 10/2 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet.

Datenfeld 8 „asymptomatische Karotisläsion rechts“ und Datenfeld 12 „asymptomatische Karotisläsion links“

Die Abweichungen bei diesen Datenfeldern sind im Wesentlichen auf Unsicherheiten seitens des dokumentierenden Personals beim Ausfüllen der entsprechenden Datenfelder zurückzuführen.

Seitens der Beteiligten wurde der Wunsch nach einer Anpassung dieser Datenfelder geäußert. Demnach wird es für sinnvoll erachtet, anstelle der Datenfelder „asymptomatische Karotisläsion rechts“ und „asymptomatische Karotisläsion links“ zunächst zu erfragen, ob eine Karotisläsion rechts bzw. links vorliege. Im Anschluss könne dann abgefragt werden, ob es sich um eine asymptomatische oder symptomatische Karotisläsion handele.

Ferner wurde während der Zweiterfassung darauf hingewiesen, dass die Beurteilung, ob eine asymptomatische oder symptomatische Karotisläsion vorliegt, in einigen Fällen nicht eindeutig sei.

Weitere Unstimmigkeiten wurden dadurch verursacht, dass die Datenfelder teilweise auch bei nicht vorhandenen Läsionen angekreuzt wurden. Um dies zukünftig zu vermeiden, wurde seitens der LQS noch einmal vermehrt auf die dazugehörigen Ausfüllhinweise verwiesen.

Datenfeld 103 „Neuaufgetretenes neurologisches Defizit“

Datenfeld 111 „lokale Komplikationen“

Datenfeld 118 „allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)“

Die Datenvalidität dieser Felder wurde aufgrund der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität abschließend jeweils mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet. Die Sensitivität nimmt im Rahmen der Auswertung im Hinblick auf die Übereinstimmungsrate Werte von 62,5 % (n = 10/16) (Datenfeld 103), 65,5 % (n = 19/29) (Datenfeld 111) und 66,7 % (n = 16/24) (Datenfeld 118) an. Da die Abweichungen jeweils aus Einzelfällen in verschiedenen visitierten Krankenhäusern resultieren, kann bei keinem dieser Datenfelder ein systematisches Dokumentationsproblem erkannt werden.

3.1.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität

Eine valide Datengrundlage ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend. Aufgrund dessen wird im Folgenden dargestellt, welchen Einfluss ausgewählte Datenfelder und deren Datenvalidierungsergebnisse auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren haben.

Die Datenfelder 8 „asymptomatische Karotisläsion rechts“ und 12 „asymptomatische Karotisläsion links“ werden zur Berechnung einer Vielzahl von Indikatoren verwendet. Der überwiegende Teil dieser weist jedoch keinen Referenzbereich auf, sodass die Ergebnisse der Datenvalidierung keinen Einfluss auf die mögliche Auslösung eines Strukturierten Dialoges zu diesen Indikatoren haben.

Indikatoren, welche jedoch einen Referenzbereich aufweisen und mittels der genannten Datenfelder berechnet werden, sind die QI 11704 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“ und QI 11724 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“. Dabei wird das Vorliegen einer simultanen Aortokoronaren Bypassoperation bei asymptomatischen Karotisstenosen als Risikofaktor gewertet und bei der Berechnung der erwarteten Rate dieser Ereignisse berücksichtigt. Die vermehrte Angabe von asymptomatischen Karotisläsionen in der QS-Dokumentation kann hier dazu führen, dass die erwartete Rate für das Eintreten bestimmter Ereignisse für das jeweilige Krankenhaus als zu hoch berechnet werden könnte. Da die erwartete Rate der tatsächlichen Rate bei der Indikatorberechnung gegenübergestellt wird, könnte eine Einrichtung dadurch seltener rechnerisch auffällig werden.

Die Dokumentation dieser beiden Datenfelder wirkt sich zudem indirekt auf die Berechnung der QI 51873 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt“ und QI 51865 „Verhältnis der erwarteten zur beobachteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt“ aus. Hier werden jedoch nicht die Datenfelder 8 und 11 zur Berechnung des Indikators herangezogen, sondern die diesen Feldern nachgeordneten. Diese können jedoch nur ausgefüllt werden, wenn in den vorgelagerten Datenfeldern „0 = nein“ dokumentiert wurde. In welchem Umfang die Ergebnisse dieser Indikatoren auf Grund der Unstimmigkeiten bei der Dokumentation der Felder 8 und 11 beeinflusst werden, kann nicht eindeutig festgestellt werden.

Des Weiteren werden diese Datenfelder zur Berechnung der Indikationsindikatoren herangezogen. Dabei ist für die Zuordnung zu den Indikationsgruppen relevant, ob eine asymptomatische oder eine symptomatische Karotisläsion vorliegt. Je nach Angabe werden die Fälle in der Grundgesamtheit des Indikators „Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose“ oder des Indikators „Indikation bei symptomatischer Karotisstenose“ gezählt. Die abweichenden Angaben zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte zeigen auf, dass einigen Fällen im Zuge der Berechnung der Qualitätsindikatoren eine andere Indikationsgruppe zugeordnet wurde, als sie laut Patientenakte gehabt hätten.

Das Datenfeld 103 „Neuaufgetretenes neurologisches Defizit“, dessen Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ eingestuft wurde, wird zur Berechnung einiger Indikatoren verwendet (QI 605/51445 „Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch/kathetergestützt“, QI 606/51448 „Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – offen-chirurgisch/ kathetergestützt“, QI 51859/51860 „Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch/kathetergestützt“, Indikatorengruppe: „Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod – offen-chirurgisch/kathetergestützt“ (QI 51175, QI 11704, QI 51457, QI 51873)). Dabei ist für die Berechnung dieser lediglich relevant, ob ein periprozeduraler Schlaganfall vorlag oder nicht. Auf Grundlage u. a. dieser Angabe erfolgt jeweils die Berechnung des Zählers der Indikatoren. Anhand der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich ist ersichtlich, dass die Ausprägung „Periprozeduraler Schlaganfall“ in der QS-Dokumentation seltener dokumentiert wurde als in der Patientenakte. Für die Berechnung der Indikatoren bedeutet dies, dass die Fallzahl im Zähler tatsächlich größer wäre, als sie aktuell ist.

Des Weiteren wird das Datenfeld 103 „Neuaufgetretenes neurologisches Defizit“ indirekt auch zur Berechnung der Indikatorengruppe „Schwere Schlaganfälle oder Tod – offen-chirurgisch/ kathetergestützt“ (QI 51176, QI

11724, QI 51478, QI 51865) herangezogen. Für die Zählerberechnung wird dabei das Datenfeld 104 „Schweregrad des neurologischen Defizits“ verwendet. Dieses muss jedoch nur ausgefüllt werden, wenn bei dem vorgeschalteten Feld „Neuaufgetretenes neurologisches Defizit“ „2 = Periprozeduraler Schlaganfall“ dokumentiert wurde. Da, gemäß den Auswertungen, das Vorliegen von periprozeduralen Schlaganfällen in der QS-Dokumentation seltener dokumentiert wurde als in der Patientenakte, erfolgte auch seltener eine Angabe im Datenfeld 104 als notwendig gewesen wäre. Dadurch können die Ergebnisse der genannten Indikatorengruppen negativ beeinflusst werden.

Weitere Datenfelder, bei denen die Datenvalidität ebenfalls mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurden, sind 111 „lokale Komplikationen“ und 118 „allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)“. Da diese Datenfelder jedoch nicht für die Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen werden, hat das Datenvalidierungsergebnis auch keinen Einfluss auf diese.

3.2 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)

3.2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* erfolgte in mehreren Stufen. Zunächst wurde ein erster Vorschlag für die Auffälligkeitskriterien im Rahmen einer gesonderten Projektgruppe (Team aus einem Mitglied der Bundesfachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie sowie den Bundesfachgruppenbetreuern und Biometrikern des AQUA-Instituts sowie Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung) erarbeitet. Anschließend wurden die entwickelten Auffälligkeitskriterien als Grundlage genommen, um gemeinsam mit allen Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung einen Vorschlag für die finale Auswahl der Auffälligkeitskriterien zu erarbeiten. Am Ende des Auswahlprozesses wurden insgesamt 5 Kriterien für relevant erachtet, die dem Unterausschuss für Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet wurden. Diese lauten wie folgt:

- AK-ID 850326: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen
- AK-ID 850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
- AK-ID 850328: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen
- AK-ID 850329: ASA 5 bei elektiven Eingriffen
- AK-ID 850330: Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen

Die Anwendung der Auffälligkeitskriterien auf den Bundesdatenpool 2013 erfolgte durch das AQUA-Institut. Die rechnerisch auffälligen Krankenhäuser mitsamt den Ergebnissen wurden den LQS anschließend pseudonymisiert übermittelt. Zudem wurden die bundesweit geltenden Rechenregeln vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellt, sodass die LQS die Auffälligkeiten alternativ auch durch die Anwendung auf ihren Landesdatenpool selbst ermitteln konnten.

In Tabelle 11 sind für jedes Auffälligkeitskriterium die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser, die durch die Landesgeschäftsstellen eingeleiteten Maßnahmen des Strukturierten Dialogs und die abschließenden Bewertungen dargestellt. Eine detaillierte Darstellung auf Ebene der einzelnen Landesgeschäftsstellen ist im Anhang zu finden.

Tabelle 11: 17/7 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

	850326	850327	850328	850329	850330
Referenzbereiche	≤ 17,8 % (95. Perzentil)	< 100,0 %	< 75,0 %	= 0 (Anzahl Zähler)	≤ 7,8 % (95. Perzentil)
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	26	104	30	10	28
Maßnahmen					
Hinweise	1	37	1	0	0
Stellungnahmen	25	67	29	10	28
Ergebnisse					
Korrekte Dokumentation	9	35	7	6	14
Fehlerhafte Dokumentation	16	32	21	4	14
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	1	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 11:

- AK-ID 850326: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen
- AK-ID 850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
- AK-ID 850328: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen
- AK-ID 850329: ASA 5 bei elektiven Eingriffen
- AK-ID 850330: Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 26 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Ein Krankenhaus erhielt einen Hinweis. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielweise wurden bei Vorliegen eines zweizeitigen Wechsels nicht die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes dokumentiert, obwohl dies in den Ausfüllhinweisen vorgegeben ist. Mit 3 Krankenhäusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Bei 4 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließ, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 64,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Außerdem soll die Berechnung des Nenners modifiziert werden. Zukünftig sollen alle Fälle mit zweizeitigem Wechsel aus der Berechnung ausgeschlossen werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist diesen Empfehlungen gefolgt.

AK-ID 850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 104 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Bei 37 Häusern wurden Hinweise zur internen Aufarbeitung übermittelt. In den anderen 67 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Mit einem Krankenhaus wurde außerdem eine Besprechung durchgeführt.

In 35 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 32 Krankenhäusern wurden bei den rechnerisch auffälligen Fällen auch Dokumentationsfehler festgestellt.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 47,8 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 30 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Ein Krankenhaus erhielt einen Hinweis zur internen Aufarbeitung. In allen anderen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 7 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei 21 Häusern lagen jeweils Dokumentationsfehler vor. Mit 2 von diesen Krankenhäusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. Ein Krankenhaus erhielt die Bewertung S99, da die kodierte Diagnose aus der Gruppe T81 der Aufnahmegrund war und keine Komplikation.

Bei 2 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 72,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850329: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 10 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In allen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 6 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 4 Krankenhäusern wurden Dokumentationsfehler festgestellt.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 40,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Außerdem wird das Auffälligkeitskriterium umbenannt in „Angabe von ASA 5“.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 28 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In allen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 14 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei den anderen 14 Krankenhäusern wurden Dokumentationsfehler festgestellt.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 50,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

3.2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Die Auswahl der Datenfelder, für die im Leistungsbereich *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* eine Zweiterfassung durchgeführt werden sollte, erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung. Insgesamt wurden 34 der 60 Datenfelder ausgewählt. Die Ziehung der Zufallsstichprobe der zu untersuchenden Krankenhäuser und Patientenakten für das Erfassungsjahr 2013 erfolgte ebenfalls durch das AQUA-Institut. Dazu wurden auch hier pro Bundesland zunächst 5 % der Krankenhäuser, die zu diesem Leistungsbereich QS-Daten für das Erfassungsjahr 2013 geliefert haben, zufällig ausgesucht. In den betreffenden Krankenhäusern wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben.

Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 53 Krankenhäuser ermittelt, für die bundesweit 766 Fallakten von den Mitarbeitern der LQS überprüft werden sollten. Tabelle 12 stellt die Anzahl der berechneten Krankenhäuser und Fallakten dar, welche vom AQUA-Institut an die LQS versandt wurden. Des Weiteren ist auch die Anzahl der nach Abschluss des Stichprobenverfahrens tatsächlich geprüften Krankenhäuser und Fallakten einsehbar.

Tabelle 12: 17/7 - Umfang der Stichprobenprüfung

Bundesland	berechnete Anzahl Krankenhäusern	Anzahl überprüfte Krankenhäuser	berechnete Anzahl Fallakten	Anzahl überprüfte Fallakten
Baden-Württemberg	6	6	97	97
Bayern	8	8	89	89
Berlin	2	2	22	22
Brandenburg	1	1	20	20
Bremen	1	1	16	16
Hamburg	1	1	2	2
Hessen	4	4	74	74
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	10	10
Niedersachsen	5	5	65	65
Nordrhein-Westfalen	11	11	161	161
Rheinland-Pfalz	3	2	43	26
Saarland	1	1	20	20
Sachsen-Anhalt	2	2	34	34
Sachsen	3	3	45	45
Schleswig-Holstein	2	2	40	40
Thüringen	2	2	28	28
Gesamt	53	52	766	749

Insgesamt wurden lediglich die Daten zu 749 Fällen aus 52 Krankenhäusern nach Abschluss des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich an das AQUA-Institut gesandt. Die Abweichungen wurden durch die LQS Rheinland-Pfalz verursacht. Diese visitierte lediglich zwei der drei zu prüfenden Einrichtungen. Als Grund wurden die geänderten Regelungen in der QSKH-Richtlinie 2015 genannt. Darüber hinaus wurde in den zwei visitierten Krankenhäusern der Datenabgleich vorzeitig beendet. Die zuständige LQS gab diesbezüglich an, dass das Datenvalidierungsverfahren nach stundenlangen Sichten von Behandlungsunterlagen aufgrund anderweitiger Termine der Mitarbeiter des Krankenhauses, die teilweise schon durch Vertreter abgelöst wurden, abgebrochen werden musste. Zudem wurde rückgemeldet, dass der erhebliche Aufwand für einen erneuten Termin als nicht gerechtfertigt angesehen wurde, da kein wesentlicher weiterer Erkenntnisgewinn zu erwarten war.

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Die Bewertung der Datenvalidität erfolgte anhand eines definierten Schemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist. In Tabelle 13 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt. Im Anhang zu diesem Bericht sind die detaillierten Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder aufgeführt.

Im Rahmen der Auswertung wurden die Komplikationen (Datenfelder 37–44, 49–53) zusammengefasst.

Tabelle 13: 17/7 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung²

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes	Datenvalidität
13	Zweizeitiger Wechsel	Hervorragend
15	Entzündungszeichen im Labor	Verbesserungsbedürftig
17	Erregernachweis	Verbesserungsbedürftig
18	Implantatwanderung/-versagen	Gut
19	Lockerung Femur-Komponente	Gut
20	Lockerung Tibia-Komponente	Gut
21	Lockerung Patella-Komponente	Gut
22	Substanzverlust Femur	Gut
23	Substanzverlust Tibia	Gut
24	Verschleiß der Gleitfläche	Gut
25	periprotetische Fraktur	Gut
26	Prothesen(sub)luxation	Gut
29	Einstufung nach ASA-Klassifikation	Gut
30	Wundkontaminationsklassifikation	Hervorragend
36	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)	Verbesserungsbedürftig
37–44	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) (gesamt)	Hervorragend
45	postoperative Wundinfektion	Verbesserungsbedürftig
47	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich	Verbesserungsbedürftig
48	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	Verbesserungsbedürftig
49–53	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) (gesamt)	Hervorragend
54	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich	Verbesserungsbedürftig
55	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?	Verbesserungsbedürftig
60	Entlassungsgrund (Tod)	Hervorragend

² Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2013.

Abbildung 6 veranschaulicht die Bewertung aller überprüften Datenfelder in diesem Leistungsbereich. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Datenfelder mit „gut“ oder „hervorragend“ bewertet wurde. Jedoch zeigten sich bei einigen Datenfeldern auch Probleme in der Dokumentation, sodass die Datenvalidität dieser mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden musste.

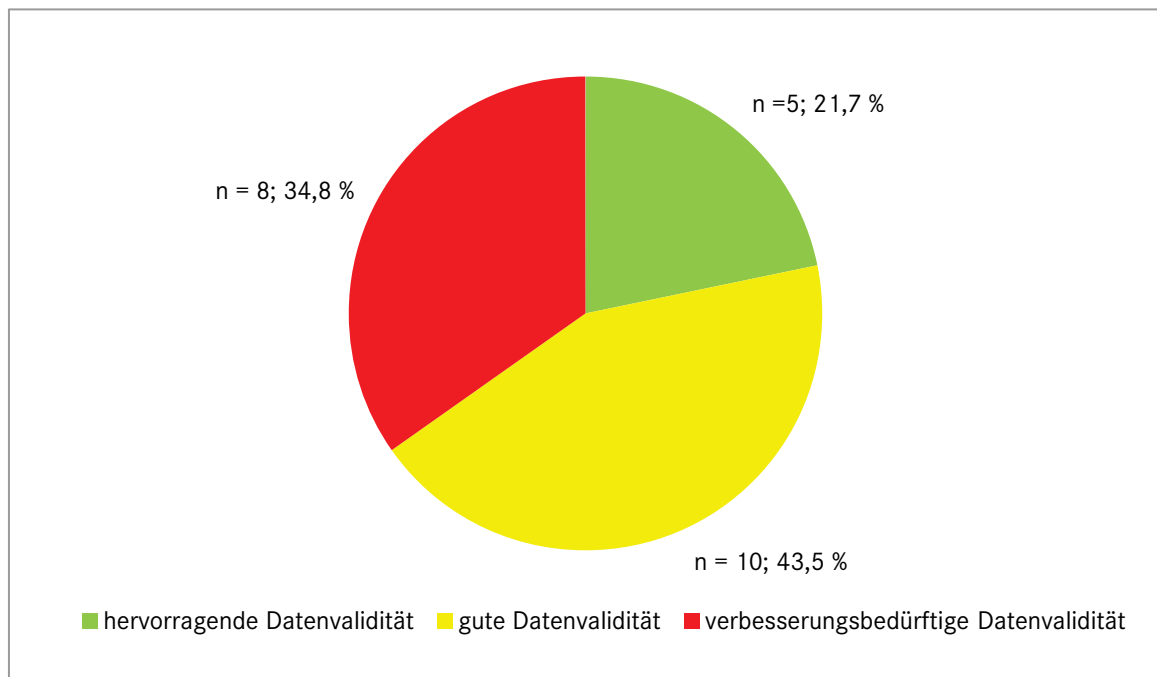


Abbildung 6: 17/7 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet.

Datenfeld 15 „Entzündungszeichen im Labor“ und Datenfeld 17 „Erregernachweis“

Die Abweichungen bei diesen Datenfeldern sind vorwiegend auf Verständnisprobleme bei der Dokumentation von zweizeitigen Wechseln zurückzuführen. Gemäß den Ausfüllhinweisen sollten bei diesen Datenfeldern die Nachweise des Ersteingriffes bzw. der Explantation dokumentiert werden. Die Erkenntnisse aus dem Stichprobenverfahren zeigen jedoch, dass oftmals offenbar die Nachweise des Wiedereinbaus herangezogen wurden. Des Weiteren kam es bei dem Datenfeld 17 „Erregernachweis“ zu Verwechslungen mit dem grundsätzlich intraoperativ durchgeführten lokalen Abstrich. Entsprechend dem Ausfüllhinweis bezieht sich dieses Datenfeld jedoch auf einen Nachweis im Gelenk 14 Tage vor der Operation.

Datenfeld 36 „behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)“

Datenfeld 48 „allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)“

Überwiegend ergibt sich die geringe Übereinstimmungsrate dieser beiden Datenfelder aus einzelnen Abweichungen in unterschiedlichen Einrichtungen. In einem Haus konnte jedoch eine Häufung dieser festgestellt werden. In der entsprechenden Einrichtung waren die Komplikationen zwar in der Patientenakte vermerkt, jedoch nicht im QS-Bogen dokumentiert. Ein auswertendes Gespräch mit Fachvertretern des Krankenhauses erfolgte bereits durch die zuständige LQS.

Datenfeld 45 „postoperative Wundinfektion“

Datenfeld 47 „Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich“

Datenfeld 54 „selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich“

Datenfeld 55 „War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig“

Im Rahmen des Datenabgleichs musste die Datenvalidität dieser Felder jeweils abschließend mit „verbesserungsbedürftig“ eingestuft werden. Da die Abweichungen bei allen Datenfeldern aus Einzelfällen in verschiede-

nen visitierten Krankenhäusern resultieren, kann bei keinem dieser Felder ein systematisches Dokumentationsproblem erkannt werden.

3.2.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität

Eine valide Datengrundlage ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend. Aufgrund dessen wird im Folgenden dargestellt, welchen Einfluss ausgewählte Datenfelder und deren Datenvalidierungsergebnisse auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren haben.

Zwei Datenfelder, bei denen es vermehrt zu Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte kam, sind die Felder 15 „Entzündungszeichen im Labor“ und 17 „Erregernachweis“. Diese werden zur Berechnung einer Vielzahl von Indikatoren, mitunter des Indikationsindikators, herangezogen. Eine Indikation zum Knie-Endoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel ist dabei u.a. gegeben, wenn Entzündungszeichen im Labor und ein positiver Erregernachweis bei einem Patienten vorliegen. Während bei dem Datenfeld „Erregernachweis“, gemäß den Auswertungen, keine Verschiebung der Abweichungen in eine bestimmte Richtung zu erkennen ist, so ist ersichtlich, dass das Vorliegen von Entzündungszeichen in der QS-Dokumentation seltener dokumentiert wurde als in der Patientenakte. Diese verminderte Angabe von Entzündungszeichen in der QS-Dokumentation könnte für das Krankenhaus die Nicht-Erfüllung der Indikationskriterien bedeuten und somit zu einer rechnerischen Auffälligkeit bei diesem Indikator führen.

Darüber hinaus werden diese Datenfelder für die Nennerberechnung des QI 51874 „Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen“ verwendet. Dabei werden Fälle einbezogen, bei denen u.a. keine Entzündungszeichen im Labor und ein negativer Erregernachweis dokumentiert wurden. Da es sich hierbei um einen Sentinel-Event-Indikator handelt, führt jeder Fall im Zähler zur rechnerischen Auffälligkeit eines Krankenhauses. Es besteht also die Möglichkeit, dass Abweichungen bei der Dokumentation zu einer veränderten Anzahl an rechnerisch auffälligen Einrichtungen beitragen.

Auch für die Berechnung aller risikoadjustierten Indikatoren werden diese Datenfelder herangezogen. Dabei wird das Auftreten von Entzündungszeichen oder eines positiven Erregernachweises als Risikofaktor für das Eintreten bestimmter Ereignisse gewertet und bei der Berechnung der erwarteten Rate dieser Ereignisse berücksichtigt. Die verminderte Angabe von Entzündungszeichen in der QS-Dokumentation kann hier dazu führen, dass die erwartete Rate für das Eintreten bestimmter Ereignisse für das jeweilige Krankenhaus als zu gering berechnet werden könnte. Da die erwartete Rate der tatsächlichen Rate bei der Indikatorberechnung gegenübergestellt wird, könnte eine Einrichtung dadurch eher rechnerisch auffällig werden.

Ein weiteres Datenfeld, dessen Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ eingestuft wurde, ist das Feld 36 „behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)“. Das Datenfeld selbst wird jedoch nicht in die Berechnung von Qualitätsindikatoren herangezogen. Allerdings werden einige, dem Datenfeld nachgelagerte Felder zur Indikatorenberechnung verwendet. Diese können jedoch nur dokumentiert werden, wenn bei dem Datenfeld 36 das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen chirurgischen Komplikation(en) angegeben wurde. Wie die Ergebnisse dieser Indikatoren durch die Unstimmigkeiten bei der Dokumentation des Feldes 36 beeinflusst werden, kann nicht eindeutig festgestellt werden.

Für die Berechnung des QI 51874 „Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen“ wird das Datenfeld 45 „postoperative Wundinfektion“ genutzt, dessen Validität ebenfalls mit „verbesserungsbedürftig“ eingestuft werden musste. Dabei werden in den Zähler alle Operationen bei Patienten eingeschlossen, bei denen das Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion dokumentiert wurde. Da es sich um einen Sentinel-Event-Indikator handelt, kann auch hier jede abweichende Dokumentation zur rechnerischen Auffälligkeit eines Krankenhauses führen.

Ein Datenfeld, welches sowohl von dem Feld 36 „behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)“ als auch von dem Datenfeld 45 „postoperative Wundinfektion“ abhängig ist, ist das Feld 47 „Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich“. Dieses kann nur ausgefüllt werden, wenn in einem der beiden genannten Felder „1 = ja“ angegeben wurde. Die Datenvalidität dieser beiden Felder wirkt sich also indirekt auch auf die Berechnung aller QI aus, die mittels des Feldes 47 berechnet werden. Dies betrifft die QI

475 „Reoperation aufgrund von Komplikation“ und QI 5 1064 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen“.

Die Ergebnisse der Auswertungen im Rahmen der Stichprobenprüfung haben jedoch auch für das Datenfeld 47 selbst eine verbesserungsbedürftige Datenvalidität ergeben. Es wurde ermittelt, dass die Angabe „Reoperation aufgrund von Komplikation(en)“ häufiger in der QS-Dokumentation erfolgt ist als in der Patientenakte. Für die Berechnung des QI 475 bedeutet dies, dass durch die vermehrte Dokumentation in der QS-Dokumentation mehr Operationen in die Zählerberechnung einbezogen werden, als es laut Patientenakten wären. Da der Indikator jedoch keinen Referenzbereich aufweist, führt dies nicht zu einer veränderten Anzahl an rechnerisch auffälligen Einrichtungen. Bei dem QI 5 1064 wird anhand von Risikofaktoren vorhergesagt, wie hoch die erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen ist. Dem gegenübergestellt wird dann die Rate an tatsächlich beobachteten Ereignissen. Kommt es also in der QS-Dokumentation zu einer vermehrten Angabe an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, so steigt der O/E-Wert der Einrichtung an, was zu einer rechnerischen Auffälligkeit in diesem Indikator führen kann.

Das Datenfeld 48 „allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)“ wird, ebenso wie das Datenfeld 36, nicht direkt für die Berechnung von Indikatoren verwendet. Lediglich die diesem Datenfeld nachgestellten Felder werden zur Berechnung der Indikatoren aus der Gruppe „Allgemeine postoperative Komplikation“ herangezogen. Analog zum Sachverhalt beim Datenfeld 36, können diese jedoch nur dokumentiert werden, wenn bei dem Datenfeld 48 „1 = ja“ angegeben wurde. Wie die Ergebnisse dieser Indikatoren durch die Abweichungen bei der Dokumentation des Feldes 48 beeinflusst werden, kann auch hier nicht eindeutig beurteilt werden.

Für die Berechnung der QI 2291 „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ und QI 5 1044 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ werden u.a. die Felder 54 „selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich“ und 55 „War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?“ einbezogen. In den Zähler des QI 2291 fallen dabei alle Patienten, die vor der Operation selbstständig gehfähig sind, jedoch nicht bei Entlassung. Das Datenfeld 55 muss allerdings nur dokumentiert werden, wenn im Feld 54 angegeben wurde, dass bei Entlassung des Patienten kein selbstständiges Gehen möglich war. Eine abweichende Dokumentation im Datenfeld 54 beeinflusst somit auch die Dokumentation des nachgelagerten Feldes. Insgesamt können die Abweichungen bei der Dokumentation somit zu einer Änderung der Fallzahl im Zähler führen. Da der Indikator jedoch keinen Referenzbereich aufweist, führt dies nicht zu einer veränderten Anzahl rechnerisch auffälliger Einrichtungen.

Bei dem QI 5 1044 wird anhand von Risikofaktoren vorhergesagt, wie hoch die erwartete Rate an Patienten ist, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig sind, dies aber vor der Operation waren. Dem gegenübergestellt wird dann die Rate an tatsächlich beobachteten Ereignissen. Unstimmigkeiten bei der Dokumentation können also sowohl zu einer gesteigerten als auch zu einer verminderten Wahrscheinlichkeit für eine rechnerische Auffälligkeit einer Einrichtung führen.

3.3 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

3.3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung neuer Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* wurde in Absprache mit dem Betreuer der Bundesfachgruppe Herz- und Lungentransplantation seitens des AQUA-Instituts als nicht zielführend erachtet. Begründet wurde dies mit der geringen Anzahl an Qualitätsindikatoren. Diese Empfehlung wurde dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem auch so verabschiedet.

Es wurde gleichzeitig empfohlen, die vorhandenen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in ihrer bestehenden Form weiterzuführen, da sich diese im Strukturierten Dialog bewährt haben. Eine detaillierte Auswertung dieser Auffälligkeitskriterien erfolgt in Abschnitt 5.2.2 und im Anhang zu diesem Bericht.

3.3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wurden insgesamt 17 Datenfelder aus dem Erfassungsbogen des Leistungsbereichs *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* ausgewählt. Da es sich bei diesem Leistungsbe- reich um ein direktes Verfahren handelt, sind dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich pro Leistungsbe- reich mindestens 5 % der Krankenhäuser in den ausgewählten Leistungsbereichen zu unterziehen. Hierbei sind mindestens je Leistungsbereich 4 Krankenhäuser und mindestens 40 Fälle, bezogen auf die von allen Kranken- häusern in dem ausgewählten Leistungsbereich dokumentierten Fälle, in das Stichprobenverfahren einzubezie- hen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhäuser wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, bis zu 20 Fälle pro Krankenhaus bestimmt, bei denen eine Lungen- oder Herz-Lungentransplantation stattgefunden hat. Für diese wurde – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – anhand der Patienten- akte eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder durch die Mitarbeiter des AQUA-Instituts durchgeführt.

Insgesamt wurde in 4 Krankenhäusern eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder anhand der Patien- tenakte durchgeführt. Dabei wurden in 2 Krankenhäusern je 20 Patientenakten geprüft. Da in den anderen 2 Krankenhäusern im Erfassungsjahr 2013 insgesamt nur 10 bzw. 13 Lungen- oder Herz-Lungentransplan- tationen durchgeführt wurden, konnten hier auch nur diese Fälle für die Zweiterfassung verwendet werden. Der Einbezug von Reservefällen war nur in einem Fall erforderlich (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: LUTX – Umfang der Stichprobenprüfung

Erfassungsjahr	Anzahl Krankenhäusern	Anzahl Fallakten
2013	4	63

Für die Bewertung der Datenvalidität wurden die Daten der Fälle, für die eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder erfolgt war, zusammengeführt und analysiert. Hierbei wurde die Datenvalidität anhand eines defi- nierten Bewertungsschemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist, beurteilt. In Tabelle 15 sind die Ergebnisse der Bewertung einzusehen. Detailliertere Auswertungen zu den einzelnen Datenfeldern sind dem Anhang die- ses Berichts zu entnehmen.

Tabelle 15: LUTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung³

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes	Datenvalidität
10	Grunderkrankung	hervorragend
11	Blutgruppe	hervorragend
13	Dringlichkeit	verbesserungsbedürftig
14	LAS (Lung Allocation Score)	gut

³ Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2013.

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes	Datenvalidität
15	thorakale Voroperation	verbesserungsbedürftig
16	Beatmung präoperativ	gut
25	SpenderID	hervorragend
26	Spenderalter	hervorragend
27	Blutgruppe	hervorragend
28	Beatmungsdauer	verbesserungsbedürftig
29	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme	gut
35	Transplantationsart	hervorragend
36	Simultane Operation	hervorragend
37	Gesamtschämiezeit	verbesserungsbedürftig
45	Patient bei Entlassung tracheotomiert	gut
46	FEV1	verbesserungsbedürftig
49	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend

In Abbildung 7 wird die Bewertung aller überprüften Datenfelder in diesem Leistungsbereich noch einmal grafisch veranschaulicht. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Datenfelder mit „gut“ oder „hervorragend“ bewertet wurde. Jedoch zeigten sich bei 5 Datenfeldern auch Probleme in der Dokumentation, sodass die Datenvalidität dieser mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden musste.

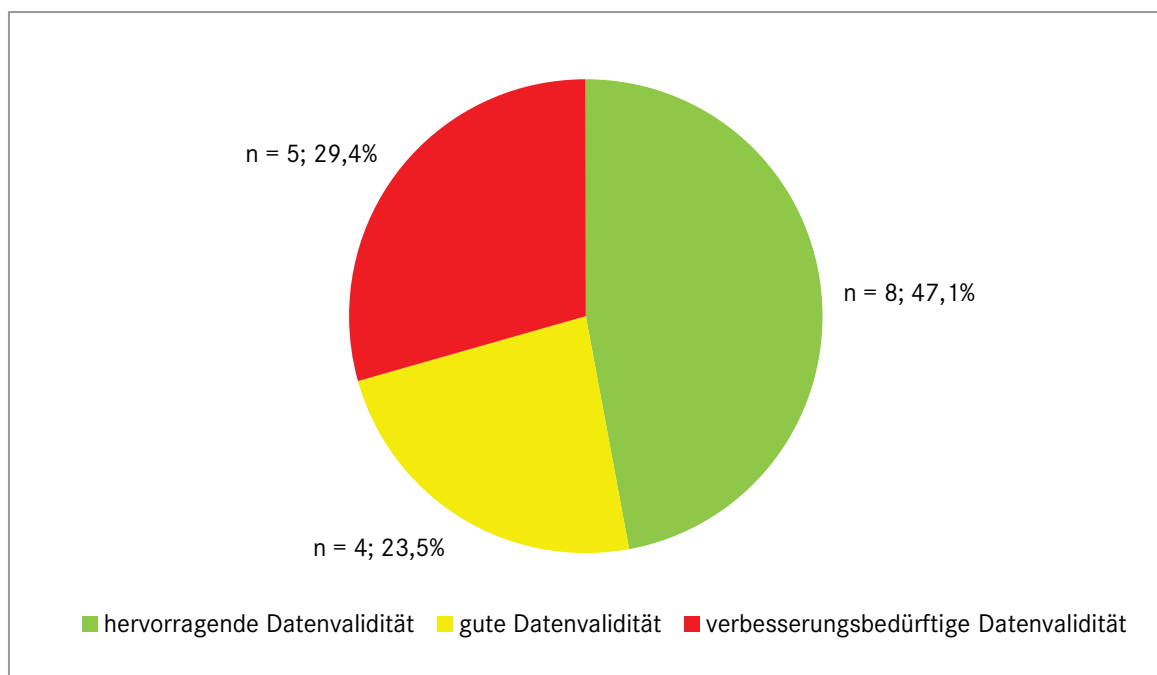


Abbildung 7: LUTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die 5 Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet.

Datenfeld „Dringlichkeit“

Die geringe Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld ist dadurch begründet, dass bei diesem Feld in der QS-Dokumentation nur eine Angabe erfolgen muss, wenn eine Herz-Lungentransplantation durchgeführt wurde. Im Rahmen der Zweiterfassung lag dies bei 3 Fällen vor. Der Datenabgleich ergab in einem Fall eine Übereinstimmung der QS-Dokumentation und den Angaben der Patientenakten, in einem weiteren stimmten die Angaben nicht überein. Bei dem dritten Fall konnte der Patientenakte keine Angabe entnommen werden, sodass der Fall aus der Berechnung ausgeschlossen werden musste. Schlussendlich stimmten die Angaben lediglich in einem Fall nicht überein, was jedoch aufgrund der Vorgaben zur Berechnung der Übereinstimmungsrate zu einem Wert von 50,0 % und somit zu der Einstufung „verbesserungsbedürftig“ führt.

Datenfeld „thorakale Voroperation“

Die Dokumentationsprobleme in diesem Datenfeld ergeben sich überwiegend daraus, dass innerhalb der Krankenhäuser keine eindeutige Kommunikation darüber stattfand, welche Eingriffe als „thorakale Voroperation“ zu werten sind. Um dies zukünftig zu vermeiden, wird aktuell über die Einführung eines entsprechenden Ausfüllhinweises diskutiert.

Datenfeld „Beatmungsdauer“

Die geringe Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld ist darauf zurückzuführen, dass in den Krankenhäusern häufig Unklarheit darüber herrschte, wie die Anzahl an Tagen korrekterweise berechnet werden soll. Auch hier wird aktuell über den Einsatz eines Ausfüllhinweises beraten.

Datenfeld „Gesamtischämiezeit“

Die Abweichungen bei diesem Datenfeld sind überwiegend durch ein Krankenhaus bedingt. Dort lag ein technischer Fehler vor. Während die Mitarbeiter des Krankenhauses im Rahmen der QS-Dokumentation für jeden Patienten ordnungsgemäß einen Wert eingetragen hatten, erhielt das AQUA-Institut durchgängig den Wert „0“.

Datenfeld „FEV1“

Die Dokumentationsprobleme bei diesem Datenfeld sind dadurch begründet, dass nicht immer, gemäß den Ausfüllhinweisen, eine Umrechnung der Werte in Prozent erfolgte.

3.3.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität

Da mit Ausnahme des Datenfeldes „Entlassungsgrund“, für das im Rahmen des Stichprobenverfahrens eine hervorragende Datenvalidität bezüglich der Ausprägungen „Tod“ und „lebend entlassen“ ermittelt wurde, keines der geprüften Datenfelder für die Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet wird, haben diese auch keinen Einfluss auf diese.

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

Der G-BA hat in seiner Sitzung vom 17. Dezember 2009 beschlossen, ausgewählte Auffälligkeitskriterien kontinuierlich im Rahmen der Statistischen Basisprüfung anzuwenden. Die Verstetigung von Auffälligkeitskriterien zielt zum einen darauf ab, rechnerische Auffälligkeiten, die auf eine fehlerhafte Dokumentation hinweisen, in den QS-Daten über das Jahr der Erstanwendung hinaus zu verfolgen. Zum anderen soll durch den Strukturier-ten Dialog mit den rechnerisch auffälligen Krankenhäusern eine kontinuierliche Optimierung der Datenvalidität bewirkt werden.

Für das Erfassungsjahr 2013 wurden insgesamt in 14 Leistungsbereichen jeweils zwischen 1 und 4 verstetigte Auffälligkeitskriterien angewendet. Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2013 wurden anhand der festgelegten Auffälligkeitskriterien insgesamt 709 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist damit im Vergleich zum Vorjahr (n = 1.037) deutlich zurückgegangen.

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

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

Eine LOS berichtete, dass auch die zunehmende automatisierte Füllung von QS-Datensätzen mit Daten, die im KIS hinterlegt sind, zu Auffälligkeiten führte.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Kriterien pro Leistungsbereich dargestellt. Dem AQUA-Institut liegen jedoch nicht zu allen Auffälligkeitskriterien nähere Informationen zu der Art der Dokumentationsfehlervor. Detailliertere Auswertungen zu allen Bewertungen und Maßnahmen, welche im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturier-tem Dialog angewandt wurden, können dem Anhang des Berichts entnommen werden.

4.1 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom „sonstiges“

Seit dem Erfassungsjahr 2013 ist es möglich, eine dauerhafte Schrittmacher-Abhängigkeit (z.B. nach Herz-Operation) im Datensatz zu dokumentieren, ohne das Symptom „sonstiges“ wählen zu müssen. Die Anpassung im Datensatz hat erwartungsgemäß zu einer Senkung der rechnerischen Auffälligkeiten geführt. Im Vorjahr waren noch 14 Krankenhäuser rechnerisch auffällig. Im Erfassungsjahr 2013 wurden nur noch 6 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt.

2 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den übrigen 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 75,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Außerdem soll die Berechnung modifiziert werden: die bisherige Mindestfallzahl im Nenner entfällt, dafür wird eine Mindestfallzahl im Zähler von 2 festgelegt. Außerdem wird zukünftig ein perzentilbasierter Referenzbereich verwendet.

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation „sonstige“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 7 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 80,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Außerdem soll die Berechnung modifiziert werden. Die Änderungen sind analog zu denen beim AK 813070.

Tabelle 16: 09/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813070	6	4	1	3	0	0
813071	7	5	1	4	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 16:

- AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom „sonstiges“
- AK-ID 813071: Häufig führende Indikation „sonstige“

4.2 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)

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

In Bezug auf dieses Auffälligkeitskriterium wurden 27 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 6 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In den übrigen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus erhielt die Bewertung S99, da Softwareprobleme die falsche Dokumentation verursacht haben. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielsweise erfolgte bei einem Haus die QS-Dokumentation zunächst auf Papier und wurde dann in die digitalen QS-Bögen übertragen. Wenn im Papierbogen kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis angegeben war, wurde „sonstiges“ dokumentiert.

Bei 3 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließ, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 85,7 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 19 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt, von denen 4 auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen wurden. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus erhielt aufgrund von Schnittstellenproblemen mit dem Zuweiser die Bewertung S99. Bei den anderen 18 Krankenhäusern lagen Dokumentationsfehler vor. Mit 2 von diesen Häusern wurden Zielvereinbarungen geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 80,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 37 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 9 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 17 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den übrigen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit 2 von diesen Häusern wurden Zielvereinbarungen geschlossen. Wie auch schon in den Vorjahren ist die häufige Angabe von ASA 4 auf Dokumentations- bzw. Klassifikationsfehler zurückzuführen.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 39,1 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850317: Häufige Angabe von ASA 5

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 15 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 12 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. 2 Krankenhäuser erhielten Hinweise. Bei einem Krankenhaus wurde auf die Einleitung von Maßnahmen verzichtet.

In 5 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 7 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 58,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Da das Auffälligkeitskriterium als Sentinel-Event definiert ist, wird es umbenannt in „Angabe von ASA 5“.

Tabelle 17: 09/4 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850313	27	21	2	18	0	1
850315	19	15	2	12	0	1
850316	37	28	17	11	0	0
850317	15	12	5	7	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 17:

- AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige‘
- AK-ID 850315: Häufige Angabe von LVEF ‚nicht bekannt‘
- AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4
- AK-ID 850317: Häufige Angabe von ASA 5

4.3 Cholezystektomie (12/1)

AK-ID 850189: Nie Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2012 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2013 modifiziert. Es wird nicht mehr die gesamte Verweildauer, sondern nur eine besonders hohe postoperative Verweildauer einbezogen. Außerdem werden nicht mehr nur die allgemein postoperativen Komplikationen, sondern alle Komplikationen einbezogen.

Für 2013 wurden für dieses Auffälligkeitskriterium 52 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 46 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

4 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 27 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 15 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 32,6 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Die Änderung der Berechnung zeigte somit eine positive Wirkung hinsichtlich der Aufdeckung von möglichen Dokumentationsfehlern. Im Vorjahr wurde eine fehlerhafte Dokumentation nur in 12,6 % der Fälle bestätigt. Da der Leistungsbereich ab dem Erfassungsjahr 2015 nicht mehr durch die Leistungserbringer dokumentiert wird, wird eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums als nicht zielführend betrachtet. Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2014 wurde somit von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850192: Keine Reinterventionen

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2012 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2013 modifiziert. Es wird, analog zum AK 850189, nicht mehr die gesamte Verweildauer, sondern nur eine besonders hohe postoperative Verweildauer einbezogen.

Für 2013 wurden für dieses Auffälligkeitskriterium 109 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Insgesamt wurden 69 Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert, weitere 39 Krankenhäuser erhielten einen Hinweis. Bei einem Krankenhaus wurde angegeben, dass eine sonstige Maßnahme eingeleitet wurde, da der Fachausschuss auf Landesebene die Meinung vertritt, *„dass die Indikation zu einer längeren Verweildauer durch das Krankenhaus gestellt wird und die Kontrolle ggf. durch den MDK erfolgt, dies ist nicht die Aufgabe der externen stationären QS“*. In diesem Fall wurde die Bewertung S99 vergeben.

Von den Krankenhäusern, die zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert wurden, lieferten 3 keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 48 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei 16 Krankenhäusern sind Dokumentationsfehler bestätigt worden. Bei 2 Krankenhäusern war der Strukturierte Dialog zur Datenvalidität zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht abgeschlossen.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 23,2 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Da der Leistungsbereich ab dem Erfassungsjahr 2015 nicht mehr durch die Leistungserbringer dokumentiert wird, wird eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums auch hier als nicht zielführend betrachtet und von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 18: 12/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850189	52	46	27	15	4	0
850192	109	69	48	16	3	2

Anmerkungen zu Tabelle 18:

- AK-ID 850189: Nie Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen
- AK-ID 850192: Keine Reinterventionen

4.4 Gynäkologische Operationen (15/1)

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 25 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 4 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen übrigen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

2 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 4 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen 15 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielsweise wurden gutartige seröse Zysten fehlerhaft als Funktionszysten dokumentiert, wobei dies zu einer Verschlechterung im assoziierten Qualitätsindikator führte und damit zum Nachteil für das Krankenhaus. Die Dokumentierenden wurden nochmals auf die verbindlichen Ausfüllhinweise zum Datensatz hingewiesen, um die Datenvalidität zukünftig zu verbessern. Mit 2 Krankenhäusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben und bei 3 Krankenhäusern die Bewertung S99. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden sie hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 71,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2012 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2013 modifiziert. Neben den Organverletzungen werden alle intra- und postoperativen Komplikationen in die Betrachtung einbezogen. Außerdem wurde die Grenze für die Verweildauer vom 90. auf das 95. Perzentil angehoben. Da Hysterektomien seit dem Erfassungsjahr 2013 nicht mehr berücksichtigt werden, wurden diese zudem aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 34 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In den anderen 32 Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Ein Krankenhaus lieferte keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 22 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei 9 Krankenhäusern sind Dokumentationsfehler bestätigt worden. Mit 2 Einrichtungen wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung S99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurden sie hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 28,1 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Die Rechenregel wird an die aktualisierte Berechnung des assoziierten Qualitätsindikators angepasst. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist diesen Empfehlungen gefolgt.

Tabelle 19: 15/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811823	25	21	4	15	2	0
850312	34	32	22	9	1	0

Anmerkungen zu Tabelle 19:

- AK-ID 811823: Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 60 Jahren mit isoliertem Ovaryingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“
- AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.5 Geburtshilfe (16/1)

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 45 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Einmal wurde auf die Einleitung von Maßnahmen verzichtet, da die zuständige Abteilung zwischenzeitlich geschlossen wurde. In 6 Fällen erhielten die betroffenen Krankenhäuser einen Hinweis. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 15 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus hat keine aussagekräftige Erklärung für die rechnerische Auffälligkeit gegeben. In den anderen 22 Fällen bestätigten sich Dokumentationsfehler. Mit 5 Krankenhäusern wurde eine Zielvereinbarung getroffen.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 57,9 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 47 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Bei 6 Häusern wurden Hinweise zur internen Aufarbeitung übermittelt. In den übrigen 41 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. In 3 Krankenhäusern wurden Begehungen durchgeführt.

In 18 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus erhielt die Bewertung S99, da die Nabelarterie kollabiert war, sodass die Werte nicht berechnet werden konnten. In drei Fällen wurden keine erklärenden Gründe für die Auffälligkeit genannt. In 19 Krankenhäusern wurden bei den rechnerisch auffälligen Fällen Dokumentationsfehler festgestellt. Einmal verursachte eine unterjährige Softwareumstellung die rechnerische Auffälligkeit. In einem anderen Haus waren beispielsweise die Befunddaten fehlerhaft.

Bei 8 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben, bei 3 anderen die Bewertung S99. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 19,5 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 12 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 Krankenhäuser erhielten Hinweise zur internen Aufarbeitung. In allen übrigen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei einem Haus lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 46,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 20: 16/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850318	45	38	15	22	1	0
850319	47	41	18	19	3	1
850320	12	10	9	1	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 20:

- AK-ID 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
- AK-ID 850319: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess
- AK-ID 850320: Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht

4.6 Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)

AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 7 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 5 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Die anderen beiden Krankenhäuser erhielten einen Hinweis.

In 3 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, einmal lagen Dokumentationsfehler vor. Ein Haus erhielt die Bewertung S99.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 20,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 21: 17/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813191	7	5	3	1	0	1

Anmerkung zu Tabelle 21:

- AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.7 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)

AK-ID 813129: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 15 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 9 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert, 6 weitere erhielten einen Hinweis.

In 6 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit diesen Häusern wurde auch eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 33,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 813126: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 16 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 10 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. 6 Krankenhäuser erhielten einen Hinweis.

In 3 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Wie auch schon in den Vorjahren ist die häufige Angabe auf Dokumentations- bzw. Klassifikationsfehler zurückzuführen. Es wurde fälschlicherweise eine zu hohe ASA-Einstufung dokumentiert. Eine bessere interne Kommunikation zwischen der Anästhesie, welche die für die Qualitätssicherung relevante ASA-Einstufung vornimmt, und des Personals, welches die QS-Dokumentation vornimmt, wurde von den LQS empfohlen. Die Mitarbeiter wurden auf sorgfältiges und kontrolliertes Ausfüllen der QS-Dokumentation hingewiesen.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung S99 vergeben und bei einem anderen Krankenhaus die Bewertung U99. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden diese Einrichtungen hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 70,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt. Zudem wird das Auffälligkeitskriterium umbenannt in „Angabe von ASA 5“.

Tabelle 22: 17/2 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813129	15	9	6	3	0	0
813126	16	10	3	7	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 22:

- AK-ID 813129: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
- AK-ID 813126: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

4.8 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3)

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 104 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 86 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. 18 Krankenhäuser erhielten einen Hinweis.

Ein Krankenhaus lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 41 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 43 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielweise wurden bei Vorliegen eines zweizeitigen Wechsels nicht die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes dokumentiert, obwohl dies in den Ausfüllhinweisen vorgegeben ist. Mit 9 von diesen Häusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. Ein Krankenhaus erhielt die Bewertung S99.

Bei 4 Häusern wurde die Bewertung U99 vergeben. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden diese hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden bei der Hälfte der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Das Auffälligkeitskriterium soll analog zum AK 850326 „Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen“ im Leistungsbereich 17/7 umbenannt werden. Außerdem soll die Berechnung des Nenners modifiziert werden. Zukünftig sollen Fälle mit zweizeitigem Wechsel aus der Berechnung ausgeschlossen werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist diesen Empfehlungen gefolgt.

AK-ID 850205: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2012 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2013 modifiziert. Im Zähler wurden jetzt auch die postoperativen Wundinfektionen berücksichtigt.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser bei diesem Auffälligkeitskriterium wieder gesunken: Es wurden 5 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt, während es im Vorjahr noch 19 Krankenhäuser waren. 3 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. Die übrigen beiden Krankenhäuser wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. In beiden Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurde in keiner der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung trotzdem empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 23: 17/3 - Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850204	104	86	41	43	1	1
850205	5	2	2	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 23:

- AK-ID 850204: Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“
- AK-ID 850205: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.9 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)

AK-ID 813130: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 13 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 5 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Mit einem Krankenhaus wurde zusätzlich eine Besprechung durchgeführt.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 6 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 75,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 813128: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 9 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. 7 Krankenhäuser wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung S99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 71,4 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt. Außerdem wird das Auffälligkeitskriterium umbenannt in „Angabe von ASA 5“.

Tabelle 24: 17/5 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813130	13	8	2	6	0	0
813128	9	7	2	5	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 24:

- AK-ID 813130: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
- AK-ID 813128: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

4.10 Mammachirurgie (18/1)

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 30 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 3 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 4 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. 3 Krankenhäuser erhielten die Bewertung S99. In 20 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielsweise wurde, entgegen den Ausfüllhinweisen, bei Vollremission nach neoadjuvanter Therapie fälschlicherweise nicht das prätherapeutisch diagnostizierte Malignom dokumentiert, sondern „ausschließlich Normalgewebe“. Mit 4 Krankenhäusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 74,1 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 813069: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 39 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Alle Krankenhäuser wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 24 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. 3 Krankenhäuser erhielten die Bewertung S99. In den anderen 12 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Es wurde festgestellt, dass es in den Krankenhäusern große Probleme bei der Verschlüsselung der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vor einer neoadjuvanten Therapie gibt. In den durch das Qualitätssicherungs-System geöffneten Bogen muss die Klinik angeben, dass die operative Therapie noch nicht abgeschlossen ist. Dadurch wurden einige Kliniken bei diesem Kriterium rechnerisch auffällig.

Bei 2 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 30,8 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Da es bezüglich der Dokumentation der Daten von Patientinnen mit neoadjuvanter Therapie aber noch Unklarheiten gibt, die aktuell durch die Bundesfachgruppe Mammachirurgie bearbeitet werden, wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen, das Auffälligkeitskriterium zunächst auszusetzen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 25: 18/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813068	30	27	4	20	0	3
813069	39	39	24	12	0	3

Anmerkungen zu Tabelle 25:

- AK-ID 813068: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie
- AK-ID 813069: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie

4.11 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

Die Auswertungen ergaben insgesamt 5 rechnerische Auffälligkeiten bei den 3 angewendeten Auffälligkeitskriterien. Alle Krankenhäuser wurden um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 26: HCH-KCH – Ergebnisse

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

Anmerkungen zu Tabelle 26:

- AK-ID 813165: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
- AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
- AK-ID 850324: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

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

Eine rechnerische Auffälligkeit bei diesem Kriterium wurde lediglich bei einem der 80 koronarchirurgisch tätigen Krankenhäuser ermittelt. Da das betroffene Krankenhaus wegen mehrerer auffälliger Ergebnisse bereits zum kollegialen Gespräch eingeladen worden war, wurde in diesem Rahmen auch die Ursache für die rechnerische Auffälligkeit diskutiert. Die Einrichtung begründet diese mit einer fehlerhaften Dokumentation und einem Softwareproblem.

AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Bei diesem Kriterium sind 4 Krankenhäuser erneut aufgefallen, die bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse aufwiesen. Die betroffenen Krankenhäuser haben daraufhin ihre Akten und die Angaben im Dokumentationsbogen noch einmal überprüft und jeweils eine korrekte Dokumentation bestätigt. Nach Durchsicht der übermittelten anonymisierten Epikrisen konnte dies verifiziert werden und die Bundesfachgruppe bewertete das Ergebnis als korrekte Dokumentation.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde vom AQUA-Institut für alle 3 Auffälligkeitskriterien empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.12 Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell chirurgisch (HCH-AORT-CHIR)

Die Auswertungen ergaben insgesamt 10 rechnerische Auffälligkeiten bei den 3 angewendeten Auffälligkeitskriterien. Die betroffenen Krankenhäuser wurden jeweils um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 27: HCH-AORT-CHIR – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811809	1	1	1	0	0	0
815005	4	4	3	1	0	0
850332	5	5	4	1	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 27:

- AK-ID 811809: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
- AK-ID 815005: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
- AK-ID 850332: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

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

Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurde lediglich eine rechnerische Auffälligkeit verzeichnet. Nach Prüfung der eingereichten Stellungnahme wurde seitens der Bundesfachgruppe die korrekte Dokumentation bestätigt.

AK-ID 815005: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

4 Krankenhäuser wichen bei diesem Auffälligkeitskriterium vom Referenzbereich ab. Die Überprüfung der Risikoprofile ergab bei 3 Krankenhäusern keine fehlerhaften Angaben, lediglich bei einem Krankenhaus entsprachen die Angaben nicht der Dokumentation. Dieses Ergebnis wurde entsprechend als fehlerhafte Dokumentation eingestuft.

AK-ID 850332: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

Bei diesem Kriterium wurden 5 Krankenhausergebnisse detektiert. Die Krankenhäuser überprüften ihre Dokumentation. Eine Einrichtung bestätigte eine fehlerhafte Dokumentation. Bei den übrigen lagen korrekte Dokumentationen vor. In der Stellungnahme eines Krankenhauses wurde die gute fachliche Qualifikation der beiden eingespielten Operateure beschrieben und ein weiteres Krankenhaus beschrieb gute Kontrollmechanismen etabliert zu haben.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde vom AQUA-Institut für alle 3 Auffälligkeitskriterien empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.13 Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (HCH-AORT-KATH)

Die Auswertungen ergaben insgesamt 19 rechnerische Auffälligkeiten bei den 3 angewendeten Auffälligkeitskriterien. Alle betroffenen Krankenhäuser wurden um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 28: HCH-AORT-KATH – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850282	13	13	4	9	0	0
850288	4	4	2	2	0	0
850323	2	2	2	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 28:

- AK-ID 850282: Risikoadjustierung nach dem AKL-Score nicht möglich
- AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
- AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

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

Insgesamt 13 rechnerische Abweichungen ergaben sich bei diesem Auffälligkeitskriterium. Bei 4 Krankenhäusern gab es bereits im Vorjahr abweichende Ergebnisse. Alle 13 Krankenhäuser wurden gebeten, anhand der Patientenakten zu prüfen, ob die Angaben in der QS-Dokumentation korrekt oder fehlerhaft sind. Die übermittelten Antworten wurden entsprechend der begründeten Analyseergebnisse, entweder als korrekte Dokumentation oder als fehlerhafte Dokumentation eingestuft.

AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurden 4 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Im Rahmen der klinikinternen Überprüfung der Risikoprofile konnten bei 2 Krankenhäusern keine Dokumentationsfehler festgestellt werden, bei den beiden anderen jedoch gab es Dokumentationsprobleme. Ein Haus davon war wegen erheblicher Dokumentationsprobleme bei den endovaskulär ausgeführten kathetergestützten Aortenklappen zum kollegialen Gespräch eingeladen, sodass auch für dieses Kriterium die Auffälligkeit besprochen werden konnte. Die Bewertungen erfolgten entsprechend des festgestellten Sachverhalts.

AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

2 Krankenhäuser fielen wegen ihrer positiven Ergebnisse auf. Eines davon hatte bereits im Vorjahr ein gutes Ergebnis entsprechend der Vorgaben erzielt. Die Krankenhäuser gaben an, dass u.a. das Zusammenspiel des gut funktionierenden interdisziplinären Herzteams, ein hochmoderner Hybrid-OP sowie gut organisierte Nachsorgeprozesse für die positiven Ergebnisse verantwortlich seien.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 für alle 3 Auffälligkeitskriterien wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.14 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB)

Bei dem eingesetzten Auffälligkeitskriterium „AK-ID 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen“ im Leistungsbereich *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* kam es zu 2 Auffälligkeiten. Nach Überprüfung im internen Verfahren der Einrichtung bestätigte ein Krankenhaus die korrekte Dokumentation, die andere Einrichtung berichtete von einem Dokumentationsfehler. Die Abweichungen wurden entsprechend der Bewertungssystematik eingestuft.

Eine Verstetigung dieses Auffälligkeitskriteriums für das Erfassungsjahr 2014 wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 29: HCH-KOMB – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850325	2	2	1	1	0	0

Anmerkung zu Tabelle 29:

- AK-ID 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Der G-BA hat in seiner Sitzung vom 17. Dezember 2009 beschlossen, die Statistische Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zu ergänzen. Diese Erweiterung zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen, weil diese einen negativen Einfluss auf die Datenvalidität haben. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Gründe für eine Über- und Unterdokumentation vielschichtig sind. Durch die Aufnahme der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Vor diesem Hintergrund wurden durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit der Projektgruppe Datenvalidierung folgende Auffälligkeitskriterien entwickelt, die seit dem Erfassungsjahr 2011 angewendet werden:

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

5.1 Indirekte Verfahren

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

5.1.1 Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

In Tabelle 30 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich seit dem Erfassungsjahr 2011 dargestellt. Die Gesamtzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser ist auch in diesem Jahr weiter gesunken. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich in fast allen Leistungsbereichen weiterhin eine positive Entwicklung (vgl. Abbildung 8). Bei dem Leistungsbereich *Pflege: Dekubitusprophylaxe* hatte die Verfahrensumstellung in 2013 einen wesentlichen Einfluss auf die vergleichsweise hohe Zahl an Einrichtungen mit einer Dokumentationsrate unter 95 %. Hier wird für das Erfassungsjahr 2014 eine deutliche Verbesserung erwartet.

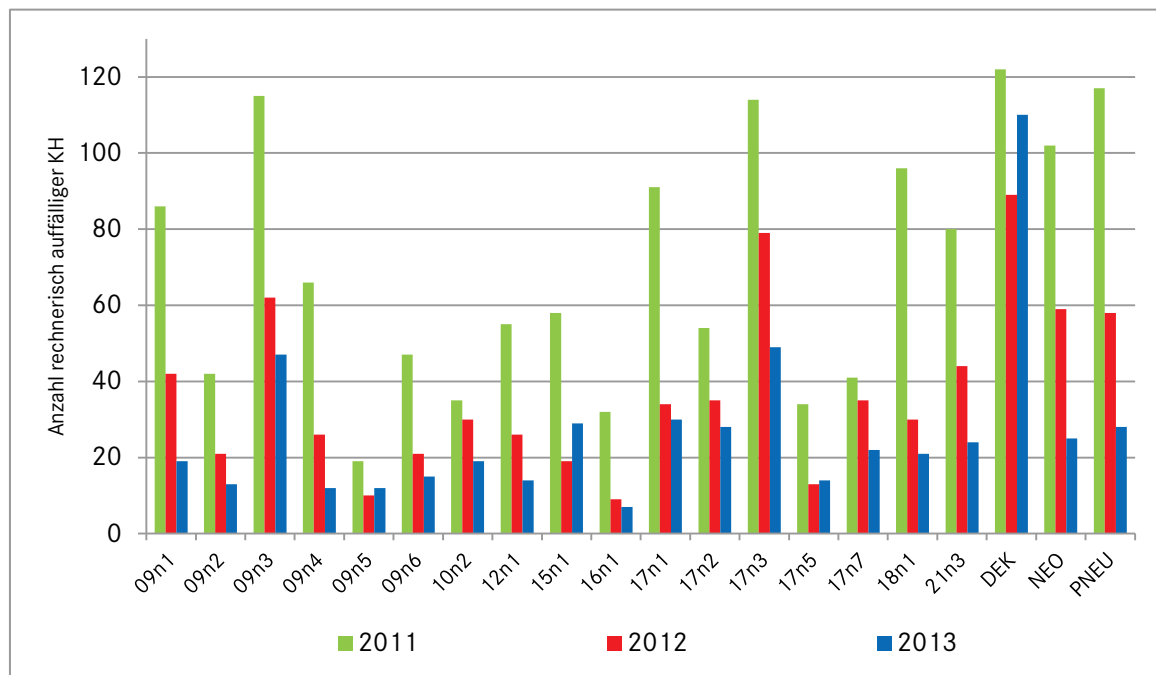


Abbildung 8: AK Unterdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten

Tabelle 30: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse

Leistungsbereich	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen
Herzschrittmacher-Implantation	19	16 (84,2 %)	42	37 (88,1 %)	86	77 (89,5 %)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	13	6 (46,2 %)	21	13 (61,9 %)	42	34 (81,0 %)
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	47	30 (63,8 %)	62	47 (75,8 %)	115	98 (85,2 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	12	7 (58,3 %)	26	17 (65,4 %)	66	49 (81,7 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	12	3 (25 %)	10	8 (80 %)	19	15 (78,9 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	15	6 (40 %)	21	15 (71,4 %)	47	41 (87,2 %)
Karotis-Revaskularisation	19	15 (78,9 %)	30	24 (80 %)	35	30 (85,7 %)
Cholezystektomie	14	9 (64,3 %)	26	22 (84,6 %)	55	49 (89,1 %)
Gynäkologische Operationen	29	11 (37,9 %)	19	17 (89,5 %)	58	51 (87,9 %)
Geburtshilfe	7	2 (28,6 %)	9	9 (100 %)	32	27 (84,4 %)
Hüftgelenknahe Femurfraktur	30	15 (50 %)	34	29 (85,3 %)	91	79 (86,8 %)
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	28	19 (67,9 %)	35	25 (71,4 %)	54	52 (96,3 %)
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	49	29 (59,2 %)	79	58 (73,4 %)	114	90 (78,9 %)
Knie-Totalendprothesen-Erstimplantation	14	9 (64,3 %)	13	11 (84,6 %)	34	32 (94,1 %)
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	22	14 (63,6 %)	35	25 (71,4 %)	41	23 (56,1 %)
Mammachirurgie	21	11 (52,4 %)	30	25 (83,3 %)	96	78 (81,3 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	24	16 (66,7 %)	44	39 (88,6 %)	80	69 (86,3 %)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	110	70 (63,6 %)	89	63 (70,8 %)	122	113 (92,6 %)
Neonatologie	25	15 (60 %)	59	33 (55,9 %)	102	98 (96,1 %)
Ambulant erworbene Pneumonie	28	21 (75 %)	58	55 (94,8 %)	117	109 (93,2 %)

Als konkrete Gründe für Unterdokumentation wurden folgende Punkte identifiziert:

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

5.1.2 Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In Tabelle 31 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich seit dem Erfassungsjahr 2011 dargestellt. Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten in den einzelnen Leistungsbereichen unterschiedlich entwickelt (vgl. Abbildung 9). In der Gesamtbetrachtung ist die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser auf Vorjahresniveau (2011: n = 223; 2012: n = 191; 2013: n = 199).

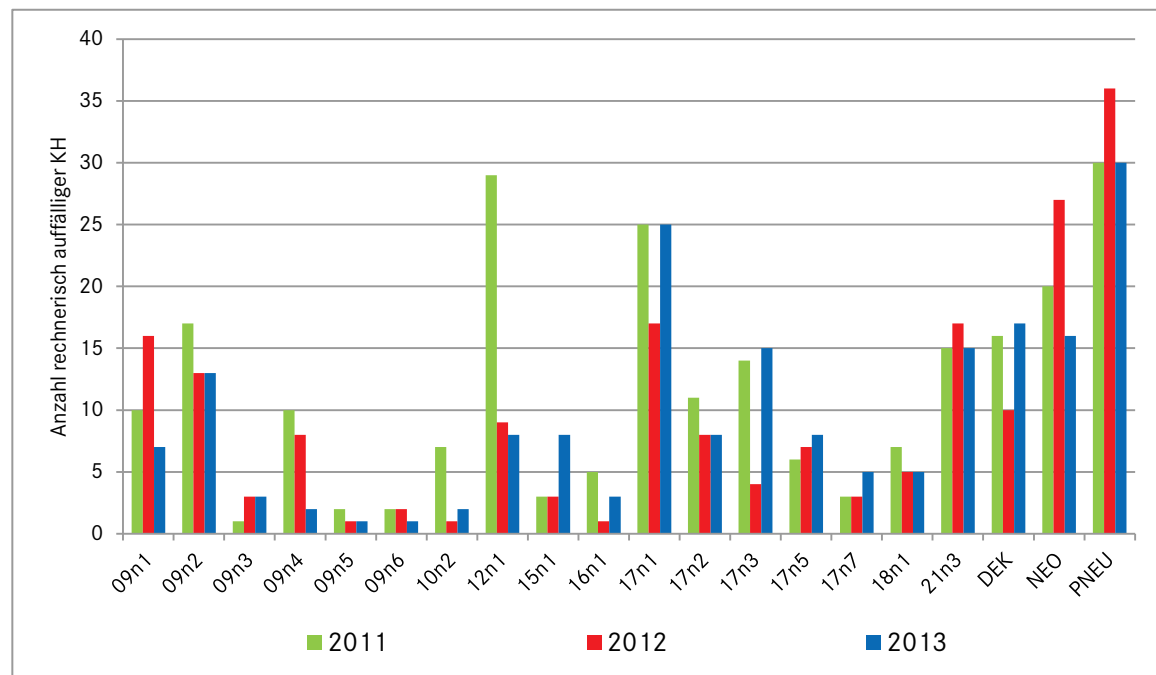


Abbildung 9: AK Überdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse

Leistungsbereich	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen
Herzschrittmacher-Implantation	7	3 (42,9 %)	16	9 (56,3 %)	10	5 (50,0 %)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	13	9 (69,2 %)	13	11 (84,6 %)	17	13 (76,5 %)
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	3	2 (66,7 %)	3	1 (33,3 %)	1	0 (0,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	2	1 (50,0 %)	8	7 (87,5 %)	10	5 (50,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	1	1 (100,0 %)	1	1 (100 %)	2	2 (100,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	1	1 (100,0 %)	2	0 (0 %)	2	1 (50,0 %)
Karotis-Revaskularisation	2	0 (0,0 %)	1	1 (100 %)	7	3 (42,9 %)
Cholezystektomie	8	5 (62,5 %)	9	4 (44,4 %)	29	12 (41,4 %)
Gynäkologische Operationen	8	6 (75,0 %)	3	3 (100 %)	3	2 (66,7 %)
Geburtshilfe	3	1 (33,3 %)	1	1 (100 %)	5	4 (80,0 %)
Hüftgelenknahe Femurfraktur	25	14 (56,0 %)	17	8 (47,1 %)	25	17 (68,0 %)
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	8	2 (25,0 %)	8	6 (75 %)	11	8 (72,7 %)
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	15	5 (33,3 %)	4	3 (75 %)	14	8 (57,1 %)
Knie-Totalendprothesen-Erstimplantation	8	3 (37,5 %)	7	4 (57,1 %)	6	5 (83,3 %)
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	5	1 (20,0 %)	3	0 (0 %)	3	2 (66,7 %)
Mammachirurgie	5	1 (20,0 %)	5	5 (100 %)	7	4 (57,1 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	15	11 (73,3 %)	17	13 (76,5 %)	15	15 (100,0 %)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	17	12 (70,6 %)	10	4 (40 %)	16	13 (81,3 %)
Neonatologie	16	14 (87,5 %)	27	17 (63 %)	20	6 (30,0 %)
Ambulant erworbene Pneumonie	30	19 (63,3 %)	36	28 (77,8 %)	30	24 (80,0 %)

Als Gründe für Überdokumentationen wurden folgende Punkte identifiziert:

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

5.1.3 Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

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

In Tabelle 32 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich seit dem Erfassungsjahr 2011 dargestellt.

Häufig war die Dokumentation in Form eines Minimaldatensatz (MDS) korrekt. Zweimal wurden durch die betroffenen Krankenhäuser keine ausreichend erklärenden Gründe für die Auffälligkeit genannt. Bei 15 Krankenhäusern wurden Dokumentationsfehler bestätigt.

Im Leistungsbereich *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* war beispielsweise ein Krankenhaus aufgrund von 2 angelegten Minimaldatensätzen rechnerisch auffällig. Mit dem Haus wurde ein strukturierter Dialog geführt und es wurden dem Fachausschuss der zuständigen LQS zwei Einzelfallanalysen vorgelegt. In einem Fall war die OPS-Ziffer falsch kodiert worden, sodass fälschlicherweise ein Datensatz generiert wurde. Hier wurde die OPS-Ziffer nicht korrigiert, sondern stattdessen ein MDS ausgefüllt. Im zweiten Fall konnte der Fachausschuss den Grund für die Anlage eines MDS anstatt eines normalen Datensatzes nicht nachvollziehen. Das Ergebnis wurde fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig bewertet.

Im Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie* wurde in einigen Fällen die QS-Dokumentationspflicht aufgrund einer fehlerhaften Kodierung von nosokomialen Pneumonien ausgelöst. Andere Kliniken hatten einen hohen Anteil an Sekundärbehandlungen von bereits atherapierten ambulant erworbenen Pneumonien zu verzeichnen und behandeln somit im engeren Sinne keine ambulant erworbene Pneumonie. Eine Klinik gab Softwareprobleme als Grund für die Anlage der MDS an.

Tabelle 32: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse

Leistungsbereich	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen
Herzschrittmacher-Implantation	8	5 (62,5 %)	0	-	2	2 (100,0 %)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	2	0 (0,0 %)	1	0 (0 %)	2	0 (0,0 %)
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	12	6 (50,0 %)	9	8 (88,9 %)	6	5 (83,3 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	4	2 (50,0 %)	3	3 (100 %)	1	1 (100,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	1	1 (100,0 %)	2	2 (100 %)	2	1 (50,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	8	5 (62,5 %)	7	5 (71,4 %)	8	7 (87,5 %)
Karotis-Revaskularisation	11	9 (81,8 %)	12	12 (100 %)	6	6 (100,0 %)
Cholezystektomie	3	3 (100,0 %)	0	-	3	2 (66,7 %)
Gynäkologische Operationen	4	1 (25,0 %)	3	3 (100 %)	2	2 (100,0 %)
Geburtshilfe	0	-	0	-	0	-
Mammachirurgie	14	9 (64,3 %)	11	11 (100 %)	5	3 (60,0 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	5	1 (20 %)	2	2 (100 %)	0	-
Ambulant erworbene Pneumonie	21	12 (57,1 %)	20	20 (100 %)	8	7 (87,5 %)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	2	1 (50,0 %)	0	-	0	-

5.1.4 Erkenntnisse zur Vollzähligkeit

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

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

5.2 Direkte Verfahren

Für die direkten Verfahren liegt die Verantwortung für die Statistische Basisprüfung und die Durchführung des Strukturierten Dialogs beim AQUA-Institut.

5.2.1 Herzchirurgie

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

Tabelle 33 zeigt die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser sowie die eingeleiteten Maßnahmen für die Erfassungsjahre 2012 und 2013.

Tabelle 33: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme
Unterdokumentation	3	3	0	-
Überdokumentation	0	-	3	3
Minimaldatensatz	0	-	0	-
Gesamt	3	3	3	3

AK-ID 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Eine rechnerisch auffällige Unterdokumentation liegt definitionsgemäß vor, wenn bei mindestens 5 dokumentierten Fällen die Dokumentationsrate weniger als 95,0 % beträgt. Auf 3 Krankenhäuser trafen diese Kriterien zu. Aus den eingereichten Stellungnahmen ging hervor, dass vor allem personelle Probleme, Softwareprobleme sowie Mängel in der Struktur und im Prozessablauf für die Abweichungen verantwortlich sind. Die betroffenen Krankenhäuser haben diesbezüglich bereits Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Die rechnerischen Auffälligkeiten wurden entsprechend als fehlerhafte Dokumentation mit „A 40“ bewertet.

AK-ID 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Eine Überdokumentation liegt definitionsgemäß vor, wenn bei mindestens 20 dokumentierten Fällen die Dokumentationsrate mehr als 110,0 % beträgt. Es konnte kein Krankenhaus ermittelt werden, das dieser Definition entspricht.

Wie bereits in den Vorjahren wurde neben der Prüfung der Vollzähligkeit für alle herzchirurgischen Leistungsbe-
reiche gemeinsam auch die Vollzähligkeit der sogenannten Zählleistungsbereiche *Aortenklappenchirurgie, iso-
liert – kathetergestützt endovaskulär* und *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt transapikal* über-
prüft. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Krankenhäuser mit rechnerisch auffälligem Ergebnis leicht
angestiegen. Während zum Erfassungsjahr 2012 insgesamt 17 Krankenhäuser hierbei ein rechnerisch auffälli-
ges Ergebnis aufwiesen, waren es zum Erfassungsjahr 2013 insgesamt 20 Einrichtungen. Die Gründe, die dafür
von den Krankenhäusern benannt wurden, waren vielfältig. Sie reichten von Fehldokumentationen, Mängeln in
der Struktur- und Prozessqualität, organisatorischen oder Softwareproblemen bis hin zu besonderen klinischen
Situationen oder erklärten sich durch Einzelfälle.

5.2.2 Transplantationen und Lebendspenden

Sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden erfolgt eine Überprüfung der Indexleistung
anhand der Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation. Da hier auch die Follow-up-Ergebnisse
der Patienten nach ein, zwei und drei Jahren dokumentiert werden, wurden diese auch bei der Überprüfung der
Vollzähligkeit berücksichtigt. Seit dem Erfassungsjahr 2011 wird außerdem in allen Transplantationsleistungs-
bereichen die Häufigkeit der Angabe „Status unbekannt“⁴ überprüft.

Für jeden Leistungsbereich der Transplantationsmedizin wurden zusätzlich zu den Kriterien zur Unter- und
Überdokumentation die folgenden Auffälligkeitskriterien angewendet:

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

In Tabelle 34 ist der Umfang des Strukturierten Dialogs zur Vollzähligkeit über alle transplantationsmedizini-
schen Leistungsbereiche dargestellt. Detaillierte Darstellungen zu den einzelnen Leistungsbereichen sind im
Anhang aufgeführt.

Betrachtet man die Gesamtzahl der rechnerischen Auffälligkeiten, so zeigt sich im Vergleich zum Erfassungsjahr
2012 ein deutlicher Rückgang dieser. Lediglich im Leistungsbereich Herztransplantation wurde eine Zu-
nahme der rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt (2012: n = 5; 2013: n = 9).

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

Der Grund für die Abweichungen lag in 2 Krankenhäusern in der fehlenden Berücksichtigung von Überliegern
beim Datenexport. Das dritte rechnerisch auffällige Haus bestätigte eine korrekte Dokumentation.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Aus den Stellungnahmen der betroffenen Einrichtungen geht hervor, dass sich die rechnerischen Auffälligkeiten
fast immer aufgrund von fehlerhafter oder mangelnder Berücksichtigung von Patienten begründen, die in 2012
aufgenommen, aber erst im 2013 entlassen wurden.

⁴ Als Status unbekannt wurden dabei alle Datensätze gewertet, in denen das Datenfeld „Patient verstorben“ (bei den Transplantationen) bzw.
„Spender verstorben“ (bei den Lebendspenden) mit „9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich“ beantwortet wurde.

Tabelle 34: Transplantationen und Lebendspenden

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme
Unterdokumentation	3	3	4	4
Überdokumentation	7	7	4	4
Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up	6	1	31	9
Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up	11	3	34	20
Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up	19	11	28	15
Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	0	-	3	2
Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	1	1	10	9
Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	6	6	11	10
Gesamt	53	32	125	73

Auffälligkeitskriterien zur Follow-up-Dokumentation

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

- organisatorische Probleme:
 - 1 Fall vergessen, zu exportieren
 - vor allem bei ausländischen Patienten ist es oftmals schwierig, Informationen zur Nachsorge zu erhalten
 - der Überlebensstatus des Patienten konnte nicht ermittelt werden, weil die Patienten die Nachsorgeuntersuchung nicht im Transplantationszentrum durchführen lassen
 - Patienten nehmen die Nachsorgetermine nicht wahr (bspw. aufgrund lange Anfahrtswege)
 - trotz Bemühungen konnten keine Informationen zum Überlebensstatus des Patienten ermittelt werden
- Struktur- und Prozessmängel:
 - die EDV-technische Voraussetzungen für eine adäquate Nachsorgedokumentation waren nicht sichergestellt
 - Personalwechsel
 - Softwareprobleme
 - zu späte Verfügbarkeit der Softwarelizenz, sodass Bögen nicht fristgerecht exportiert werden konnten
 - eine zeitgerechte Übermittlung der Datensätze konnte aufgrund fehlerhafter Dokumentationen und organisatorischer Probleme nicht gewährleistet werden
 - es wurde dokumentiert, aber die Daten wurden nicht rechtzeitig an das AQUA-Institut übersendet
- Dokumentationsfehler: unvollständige und fehlerhafte Dokumentation

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

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

6 Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren wurden zeitgleich zur Datenvalidierung weitere 17.233 rechnerische Auffälligkeiten bearbeitet. In Tabelle 35 sind die Ergebnisse über alle Leistungsbereiche zusammengefasst dargestellt und mit dem Vorjahr verglichen. Detailliertere Informationen und Auswertungen dazu sind im *Bericht zum Strukturierten Dialog 2014 – Erfassungsjahr 2013* zu finden.

Tabelle 35: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt)

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	17.233	100 %	17.686	100 %
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen	122	0,7 %	12	0,1 %
Hinweise	7.131	41,4 %	7.459	42,2 %
Stellungnahmen	9.975	57,9 %	10.168	57,5 %
Sonstiges	5	0,0 %	47	0,3 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)				
Anlässe für Besprechungen	236	1,4 %	278	1,6 %
Anlässe für Begehungen	39	0,2 %	43	0,2 %
Zielvereinbarungen	610	3,5 %	714	4,0 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten				
Hinweise [H20/H99]	7.027	40,8	7.245	41,0 %
Nach Überprüfung der Stellungnahmen				
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U99]	6.570	38,1	6.401	36,2 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.763	10,2	1.805	10,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.489	8,7	1.838	10,4 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	384	2,2	397	2,2 %
Begründungen zu den Einstufungen				
Qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation [U31]	454	2,6 %	828	4,7 %
Qualitativ unauffällig: Bedingt durch Einzelfälle [U32]	4.997	29,0 %	5.086	28,8 %
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar [U99]	1.119	6,5 %	487	2,8 %
Qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur-oder Prozessmängel [A41]	1.287	7,5 %	1.357	7,7 %
Qualitativ auffällig: Keine ausreichend erklärenden Gründe [A42]	273	1,6 %	269	1,5 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar [A99]	203	1,1 %	179	1,0 %

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation [D50]	1.369	8,0 %	1.766	10,0 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	55	0,3 %	49	0,3 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	65	0,4 %	23	0,1 %
Sonstiges: Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen [S91]	8	0,0 %	41	0,2 %
Sonstiges: Mit Kommentar [S99]	254	1,5 %	329	1,9 %

Anmerkung: Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe aus „H20“ und „H99“. Es wurden zudem Hinweise versendet (0,7 %), die mit einer anderen Bewertungskategorie (U, A oder S) eingestuft worden sind.

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

In Tabelle 36 sind die Indikatoren aufgeführt, bei denen auf Basis der Bewertungen und Kommentare am häufigsten Dokumentationsprobleme ausgetreten sind. In der Spalte „Kommentare“ sind nur die Anmerkungen gezählt, die bei allen anderen Bewertungen mit Ausnahme der Einstufungen D50, D51 und D99 aufgeführt waren. Die Spalte „Gesamt“ gibt an, in wie vielen Krankenhäusern bundesweit im Rahmen des Strukturierten Dialogs Dokumentationsprobleme bei diesen Indikatoren festgestellt wurden. Die Probleme reichen dabei von einzelnen Erfassungsfehlern bis hin zu tatsächlichen Dokumentationsfehlern.

Tabelle 36: Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich – QI-ID: QI-Bezeichnung	D50	D51	D99	Kommentare	Gesamt
DEK – 52010: Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4	158	8	3	97	266
PNEU – 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	68	2	2	30	102
PNEU – 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	68	1	4	17	90
17/2 -1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	46	1	0	31	78
17/2 – 2223: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	34	1	3	26	64
16/1 – 50046: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	25	1	2	33	61
PNEU – 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	40	0	2	17	59
PNEU – 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	36	0	1	20	57
17/5 – 276: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	34	2	1	17	54

Leistungsbereich – QI-ID: QI-Bezeichnung	D50	D51	D99	Kommentare	Gesamt
21/3 – 12773: Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts	27	4	3	17	51
PNEU – 2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	32	1	1	16	50
17/1 – 2277: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	11	0	0	39	50
18/1 – 303: Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung	29	1	0	18	48
16/1 – 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	19	0	0	27	46
DEK – 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)	33	3	2	8	46

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

- Leistungsbereich *Geburtshilfe (16/1)*: Anwesenheit des Pädiaters
- Leistungsbereich *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)*: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit
- Leistungsbereich *Mammachirurgie (18/1)*: Durchführung des intraoperativen Präparatröntgens
- Leistungsbereich *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (21/3)*: Dokumentation des Flächendosisprodukts
- Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)*: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme, Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung und Durchführung der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Für den Indikator „Antibiotika bei vorzeitigem Blasensprung“ Leistungsbereich *Geburtshilfe (16/1)* führten hauptsächlich Dokumentationsprobleme zu den Auffälligkeiten. Von einigen Kliniken wurde rückgemeldet, dass die Operationalisierung des Indikators zu überarbeiten sei, da die Zeitspanne zwischen Blasensprung und Geburt bzw. Aufnahme und Geburt zu gering ist, um eine Antibiotikagabe einzuleiten. Zum aktuellen Erfassungsjahr 2015 erfolgt eine minutengenaue Erfassung des Aufnahmezeitpunktes der Mutter. Anhand der dann festgestellten Ergebnisse wird die Bundesfachgruppe eine Überarbeitung bzw. Präzisierung der Rechenregel erneut überprüfen.

In den Leistungsbereichen *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)* und *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)* traten häufig Dokumentationsfehler bei den Parametern zum Kellgren/Lawrence-Score auf. Im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)* wurden die ASA-Einstufungen falsch dokumentiert, sodass es zu rechnerischen Auffälligkeiten bei dem Indikator zur Sterblichkeit kam.

Im Leistungsbereich *Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)* lagen häufig Fehlkodierungen vor. Der Strukturierte Dialog zeigte, dass in vielen Fällen der Dekubitus bereits bei Aufnahme ins Krankenhaus bestand.

7 Schlussfolgerung und Ausblick

Im Rahmen des Datenvalidierungsverfahrens konnten die Daten des Bundesdatenpools 2013 für die Leistungsbereiche *Karotis-Revaskularisation*, *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* sowie *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* erfolgreich hinsichtlich ihrer Datenvalidität geprüft werden. Durch den Einsatz von Auffälligkeitskriterien bei der Statistischen Basisprüfung konnten zudem Probleme bezüglich der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern geklärt werden. Sofern Dokumentationsfehler vorlagen, wurden von den Krankenhäusern Maßnahmen zur künftigen Vermeidung eingeleitet. Diese reichten von der Schulung der Krankenhausmitarbeiter bis hin zum Wechsel des Softwareanbieters.

Die Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs hat darüber hinaus gezeigt, welche der erstmals eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Verstetigung geeignet sind. So wurden in den Leistungsbereichen *Karotis-Revaskularisation* 3 der 5 erstmalig eingesetzten und bei *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* sogar alle neu eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Verstetigung empfohlen und auch durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens erfolgt die Bewertung der Datenvalidität ausgewählter Datenfelder auf Grundlage eines definierten Schemas. Dabei konnte herausgestellt werden, dass in allen untersuchten Leistungsbereichen eine hohe Varianz der Datenvalidität vorliegt. So sind in jedem der 3 Leistungsbereiche Datenfelder mit einer hervorragenden und einer guten Datenvalidität herauszustellen. Jedoch gibt es auch eine Reihe von Datenfeldern mit einer verbesserungsbedürftigen Datenvalidität.

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

Zusätzlich zu der umfassenden Datenvalidierung erfolgte erneut eine Überprüfung der Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung). Durch die Anwendung der verstetigten Auffälligkeitskriterien konnten sowohl bei den indirekten als auch bei den direkten Verfahren rechnerische Auffälligkeiten in der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern geklärt werden. War die rechnerische Auffälligkeit durch Fehler in den QS-Daten begründet, so wurden von den Krankenhäusern bereits Optimierungsmaßnahmen eingeleitet. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der verstetigten Auffälligkeitskriterien auf Anpassung bzw. Zuverlässigkeit. Resultierend daraus ergab sich für die Datenvalidierung 2015 zum Erfassungsjahr 2014 eine Reihe von Änderungen. Diese sehen sowohl Modifikationen bei einigen Auffälligkeitskriterien vor, aber auch eine momentane Aussetzung oder sogar den generellen Verzicht auf eine erneute Anwendung bestimmter Auffälligkeitskriterien.

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

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

Aufgrund der Änderungen in der QSKH-RL zum Erfassungsjahr 2014 ergeben sich auch Neuerungen, die die Datenvalidierung betreffen. So wird es eine Umstellung bezüglich der Auswertungseinheiten der QS-Daten geben. Gemäß der QSKH-Richtlinie werden die Berechnungen zu den Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog zukünftig auf Basis des entlassenden Standortes erfolgen. Auch im Hinblick auf das Stichprobenverfahren gibt es eine Änderung. Während bisher nur Krankenhäuser mit mehr als einem dokumentierten Fall in dem entsprechenden Leistungsbereich für die Ziehung der Zufalls-

stichprobe berücksichtigt wurden, dürfen zukünftig nur noch die Standorte mit mehr als 4 Fällen herangezogen werden.

Für die Datenvalidierung 2015 wurden vom G-BA ein indirektes sowie zwei direkte Verfahren ausgewählt. Somit wird eine umfassende Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2014 in den Leistungsbereichen *Herzschrittma-*
cher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation, Nierentransplantation und *Leberlebendspende* stattfinden.

Glossar

Begriff	Erläuterung
ASA-Klassifikation	In der Medizin weitverbreitetes Schema der American Society of Anesthesiologists (ASA) zur Stratifizierung von Patienten nach ihrem allgemeinen Gesundheitszustand (ASA 1 bis 6). Anwendung findet das Schema vor allem zur Einschätzung von individuellen Operationsrisiken.
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
Basisauswertung	Auswertung der grundlegenden Angaben zu einem Leistungsbereich (Angaben zu Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauer, Diagnostik, Therapie usw.).
Basisprüfung, statistische	Statistische Analyse der gelieferten QS-Daten der Leistungserbringer nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien (Plausibilität, Vollständigkeit, Vollzähligkeit). Zielt zusammen mit dem Strukturierten Dialog darauf ab, fehlerhafte, unvollständige und unvollzählige Dokumentationen in den QS-Daten zu identifizieren und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität zu initiieren.
Bundesdatenpool	Zusammenführung aller bundesweit dokumentierten QS-Daten.
Bundesfachgruppen	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
Datenfeld	Kleinste Einheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Datenvalidierung	Verfahren zur Überprüfung von QS-Daten einerseits auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität (statistische Basisprüfung), andererseits ihre Übereinstimmung (Konkordanz) mit einer Referenzquelle wie bspw. der Krankenakte (Stichprobenverfahren mit Datenabgleich).
Dokumentation	siehe: QS-Dokumentation
Dokumentationsqualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines Leistungsbereichs, die durch die Größen Korrektheit (Übereinstimmung mit den Daten der Patientenakte), Vollständigkeit (einzelner Datensätze) und Vollzähligkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Dokumentationsrate	Das Verhältnis dokumentierter Fälle im Verhältnis zu allen dokumentationspflichtigen Fällen. Siehe auch: Vollzähligkeit.
Einrichtung	siehe: Leistungserbringer
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z.B. in einem bestimmten Leistungsbereich in einem Krankenhaus.
Follow-up	auch: Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Versorgungsleistungen, deren Qualität (z.B. ein Behandlungserfolg) nicht einmalig, sondern zu unterschiedlichen weiteren Zeitpunkten gemessen wird. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.

Begriff	Erläuterung
Indexleistung	Medizinische Leistung, die den Startpunkt für ein QS-Verfahren (die QS-Auslösung) genau definiert (im Regelfall OPS-Kodes).
Indikator	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Erreichung eines Qualitätsziels einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung.
Kennzahl	siehe: Indikator
Klumpenstichprobe	auch: Clusterstichprobe. Besondere Form der Zufallsauswahl. Anders als in der einfachen Zufallsauswahl werden hier nicht einzelne Merkmalsträger ausgewählt, sondern ganze Gruppen („Klumpen“).
Leistungsbereich	hier: Leistungsbereich der gesetzlichen Qualitätssicherung (auch: QS-Verfahren). Medizinischer Themen- oder Behandlungsbereich, der im Rahmen der bundesweiten Qualitätssicherung dokumentationspflichtig ist.
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. § 108 SGB V genutzt.
Minimaldatensatz	Wenn in der klinischen Praxis Konstellationen auftreten, in denen ein Fall durch den QS-Filter ausgelöst wird, obwohl der Datensatz des entsprechenden Leistungsbereichs nicht für die Dokumentation geeignet ist, kann ein Ersatzdatensatz mit minimalen Angaben ausgefüllt werden.
Observed to Expected Ratio (O/E)	Das Verhältnis aus der beobachteten (O = observed) und der erwarteten (E = expected) Rate ist ein für die Risikoadjustierung wichtiger Wert. Der Wert O ist die Rate (Quotient) aus den tatsächlich beobachteten Ereignissen („roh“, d.h. ohne Risikoadjustierung) und der Grundgesamtheit der Fälle im betreffenden Erfassungsjahr. Der Wert für die erwartete Rate E ergibt sich als Verhältnis der erwarteten Ereignisse und der Grundgesamtheit der Fälle des Erfassungsjahres. Zur Berechnung des Risikoprofils werden Regressionsmodelle herangezogen, die auf Daten des Vorjahres zurückgreifen. Ein O/E-Wert von 1,20 bedeutet, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 20 % größer ist als die erwartete Rate. Umgekehrt bedeutet ein O/E-Wert von 0,90, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 10 % kleiner ist als die erwartete. Der O/E-Wert ist dimensionslos und wird mit zwei Nachkommastellen angegeben.
Qualität	Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Grad, in dem versorgungsrelevante Ergebnisse, Prozesse und Strukturen bestimmte, definierte Anforderungen erfüllen.
Qualitätsindikator	siehe: Indikator
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. Hier: Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§ 135-139 SGB V.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten durch die Leistungserbringer für die Qualitätssicherung.
QS-Filter	Algorithmus, der auf Grundlage festgelegter Kriterien die für die Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer zu dokumentierenden Patienten und deren Daten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
Rechenregeln	hier: Regeln zur Berechnung von Indikatoren.

Begriff	Erläuterung
Referenzbereich	Gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich. Derzeit werden Ziel- und Toleranzbereiche unterschieden.
Risikoadjustierung	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße. Eine Risikoadjustierung ist vor allem bei Qualitätsindikatoren erforderlich, die sich auf Behandlungsergebnisse und einen Einrichtungsvergleich beziehen. Um hier einen fairen Vergleich zu erhalten, dürfen nur in gleichem Umfang erkrankte Patienten in Einrichtungen mit einer vergleichbaren Klientel miteinander verglichen werden.
Sentinel-Event	Sehr seltene und schwerwiegende medizinische Ereignisse (z.B. Todesfälle während eines Routineeingriffs). In der Qualitätssicherung zeigt ein Sentinel-Event-Indikator Vorkommnisse an, denen in jedem Einzelfall nachgegangen wird.
Sollstatistik	Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen, die vom Krankenhaus durch Konformitätserklärung schriftlich bestätigt wird. Sie gibt die zu erwartende Anzahl von Fällen in den einzelnen Leistungsbereichen (Soll) an und bildet zusammen mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist) die Grundlage der Vollzähligkeitsprüfung.
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist. Im Rahmen der Neuentwicklung von QS-Verfahren ist die Spezifikation als das Ergebnis der informationstechnischen Aufbereitung zu betrachten.
Strukturierter Dialog	Instrument der Qualitätsförderung. Strukturiertes Verfahren, das Einrichtungen bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators im Rahmen der statistischen Basisprüfung der übermittelten QS-Daten (QSKH-RL). Abweichend von der Definition in der QSKH-RL bezeichnet der Begriff „Strukturierter Dialog“ in der Qesü-RL nur den Prozessschritt, der dem schriftlichen Teil der Durchführung von QS-Maßnahmen folgt.
Validität	Übereinstimmung von Aussagen, Daten, Messwerten usw. mit der „Realität“.
Verfahren	siehe: Leistungsbereich
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Vollzähligkeitsprüfung	Abgleich der laut QS-Filter-Software zu erwartenden Anzahl von Fällen in einem Leistungsbereich (Soll) mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist).