



Abschlussbericht gemäß § 15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zur Datenvalidierung 2014

Anhang

Stand: 13. Mai 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2014 (Anhang)

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

jährlich

Datum der Abgabe:

13. Mai 2015

Signatur:

15-SQG-015

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

Lesehilfen zu den Tabellen	6
Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	6
Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	7
Übersicht der Leistungsbereiche.....	10
1 Umfassende Datenvalidierung: Karotis-Revaskularisation	12
1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	12
1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien	12
1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium.....	14
1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	15
1.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium	16
1.1.5 Ergebnisse pro Bundesland	17
1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	18
1.2.1 Datenfeld 8: Asymptomatische Karotisläsion rechts	18
1.2.2 Datenfeld 11: Symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	19
1.2.3 Datenfeld 12: Asymptomatische Karotisläsion links.....	20
1.2.4 Datenfeld 15: symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	21
1.2.5 Datenfeld 16: Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)	22
1.2.6 Datenfeld 32: Stenosegrad rechts (nach NASCET).....	23
1.2.7 Datenfeld 33: Stenosegrad links (nach NASCET)	23
1.2.8 Datenfeld 34: sonstige Karotisläsionen der rechten Seite.....	24
1.2.9 Datenfeld 35–38: sonstige Karotisläsionen der rechten Seite (gesamt)	25
1.2.10 Datenfeld 40: sonstige Karotisläsionen der linken Seite.....	26
1.2.11 Datenfeld 41–44: sonstige Karotisläsionen der linken Seite (gesamt).....	27
1.2.12 Datenfeld 50: Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff).....	28
1.2.13 Datenfeld 53: therapierte Seite	29
1.2.14 Datenfeld 56: Art des Eingriffs.....	30
1.2.15 Datenfeld 73: Simultaneingriff an arteriellen Gefäßsystem	31
1.2.16 Datenfeld 76: Art der Intervention	32
1.2.17 Datenfelder 83: intraprozedurale Lyse/ Thrombektomie	33
1.2.18 Datenfeld 88: TEA.....	34
1.2.19 Datenfeld 97: Abklemmdauer	35
1.2.20 Datenfelder 103: Neuauftretendes neurologisches Defizit	36
1.2.21 Datenfeld 104: Schweregrad des neurologischen Defizits	37
1.2.22 Datenfelder 111: lokale Komplikationen	38
1.2.23 Datenfeld 112–117: lokale Komplikationen (gesamt).....	39
1.2.24 Datenfelder 118: allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)	40
1.2.25 Datenfelder 119–124: allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) (gesamt)	41
1.2.26 Datenfeld 127: Entlassungsgrund (Tod)	41
2 Umfassende Datenvalidierung: Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	42
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	42

2.1.1	Beschreibung der Auffälligkeitskriterien	42
2.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium.....	43
2.1.3	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	44
2.1.4	Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium	45
2.1.5	Ergebnisse pro Bundesland	46
2.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	47
2.2.1	Datenfeld 13: Zweizeitiger Wechsel	47
2.2.2	Datenfeld 15: Entzündungszeichen im Labor	48
2.2.3	Datenfeld 17: Erregernachweis.....	49
2.2.4	Datenfeld 18: Implantatwanderung/-versagen	50
2.2.5	Datenfeld 19: Lockerung Femur-Komponente	51
2.2.6	Datenfeld 20: Lockerung Tibia-Komponente	52
2.2.7	Datenfeld 21: Lockerung Patella-Komponente	53
2.2.8	Datenfeld 22: Substanzverlust Femur	54
2.2.9	Datenfeld 23: Substanzverlust Tibia.....	55
2.2.10	Datenfeld 24: Verschleiß der Gleitfläche.....	56
2.2.11	Datenfeld 25: periprothetische Fraktur.....	57
2.2.12	Datenfeld 26: Prothesen(sub)luxation.....	58
2.2.13	Datenfeld 29: Einstufung nach ASA-Klassifikation	59
2.2.14	Datenfeld 30: Wundkontaminationsklassifikation	60
2.2.15	Datenfeld 36: behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en).....	61
2.2.16	Datenfeld 37–44: behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en (gesamt)	62
2.2.17	Datenfeld 45: postoperative Wundinfektion.....	63
2.2.18	Datenfeld 47: Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich	64
2.2.19	Datenfeld 48: allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	65
2.2.20	Datenfeld 49–53: allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) (gesamt)	66
2.2.21	Datenfeld 54: selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich.....	67
2.2.22	Datenfeld 55: War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?	68
2.2.23	Datenfeld 60: Entlassungsgrund (Tod)	69
3	Umfassende Datenvalidierung: Lungen- und Herz-Lungentransplantation.....	70
3.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	70
3.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	70
3.2.1	Datenfeld 10: Grunderkrankung	70
3.2.2	Datenfeld 11: Blutgruppe.....	71
3.2.3	Datenfeld 13: Dringlichkeit	72
3.2.4	Datenfeld 14: LAS (Lung Allocation Score)	72
3.2.5	Datenfeld 15: thorakale Voroperation	73
3.2.6	Datenfeld 16: Beatmung präoperativ	74
3.2.7	Datenfeld 25: SpenderID	74
3.2.8	Datenfeld 26: Spenderalter.....	75
3.2.9	Datenfeld 27: Blutgruppe.....	75

3.2.10	Datenfeld 28: Beatmungsdauer	76
3.2.11	Datenfeld 29: Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme.....	76
3.2.12	Datenfeld 35: Transplantationsart	77
3.2.13	Datenfeld 36: simultane Operationen	78
3.2.14	Datenfeld 37: Gesamtschämiezeit	78
3.2.15	Datenfeld 45: Patient bei Entlassung tracheotomiert.....	79
3.2.16	Datenfeld 46: FEV1.....	80
3.2.17	Datenfeld 49: Entlassungsgrund (Tod)	80
4	Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung).....	81
4.1.1	Verstetigte Auffälligkeitskriterien.....	81
4.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium.....	83
4.1.3	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	85
4.1.4	Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium	86
4.1.5	Ergebnisse pro Bundesland	88
5	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	89
5.1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	89
5.1.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich	89
5.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	91
5.1.3	Ergebnisse pro Leistungsbereich	92
5.1.4	Ergebnisse pro Bundesland	94
5.2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	95
5.2.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich	95
5.2.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	97
5.2.3	Ergebnisse pro Leistungsbereich	98
5.2.4	Ergebnisse pro Bundesland	100
5.3	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz	101
5.3.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich	101
5.3.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	102
5.3.3	Ergebnisse pro Leistungsbereich	103
5.3.4	Ergebnisse pro Bundesland	104
5.4	Weitere Auffälligkeitskriterien	105
5.4.1	Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt	105
5.4.1	Herztransplantation	106
5.4.2	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	106
5.4.3	Lebertransplantation	107
5.4.4	Leberlebendspende	107
5.4.5	Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	108
5.4.6	Nierenlebendspende.....	109

Lesehilfen zu den Tabellen

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

Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

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

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

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

In den Tabellen zu den durchgeführten Maßnahmen ist zu jeder Maßnahmenkategorie auch der prozentuale Anteil angegeben. Die Prozentwerte beziehen sich auf die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bei diesem Auffälligkeitskriterium bzw. in diesem Bundesland. Die Werte in den Spalten „keine Maßnahme“, „Hinweis“, „Stellungnahme“ und „Sonstiges“ ergeben zusammen die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten. Im Abschnitt „Zusätzliche Maßnahmen“ sind die Maßnahmen dargestellt, die zusätzlich zur Anforderung einer Stellungnahme eingeleitet wurden.

In den Tabellen zu den Ergebnissen sind ebenfalls für jede Bewertungskategorie die prozentualen Anteile angegeben. Die Bezugsgröße ist hierbei jeweils die Zahl der angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium bzw. pro Bundesland. Es sind jeweils die von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung bzw. dem AQUA-Institut vergebenen Bewertungen dargestellt.

Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für alle ausgewählten Datenfelder werden die durch Zweiterfassung aus der Patientenakte erhobenen Daten mit den vom Krankenhaus erfassten und übermittelten QS-Dokumentationen im Bundesdatenpool des geprüften Erfassungsjahres verglichen. Um die Ergebnisse des Datenabgleich zu veranschaulichen, wird zur Darstellung in der Regel eine sogenannte Kreuztabelle (Kontingenztafeln, 4-Felder-Tafeln) verwendet (s. u.). Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden bei Bedarf mehrere Antwortmöglichkeiten (Schlüsselcodes) zu medizinisch-relevanten Kategorien zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen entsprechen der Verwendung in den Qualitätsindikatoren.

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

Die Tabellenspalten entsprechen den in der Akte gefundenen Einträgen, die zeilenweisen Einträge sind aus den QS-Dokumentationen entnommen. Übereinstimmende Einträge sind auf den Hauptdiagonalen farblich unterlegt. Falls Informationen zu einem Datenfeld für einen Fall nicht aus der Patientenakte ersichtlich waren, dann wird dies im Rahmen der Zweiterfassung mit der Angabe „aus PA nicht ersichtlich“ kodiert und taucht entsprechend als eigene Auswertungskategorie in der Tabelle auf.

Da es die Datensatzspezifikation vorsieht, dass einige Datenfelder nur für eine eingeschränkte Gruppe an Patienten auszufüllen ist, wird oberhalb der 4-Felder-Tafel angegeben, auf welche Grundgesamtheit sich die Auswertung bezieht. Zudem wird die Information geliefert, wie viele Akten untersucht worden sind und wie hoch die Anzahl an Akten ist, aus denen die entsprechende Information zu dem Datenfeld tatsächlich zu entnehmen war.

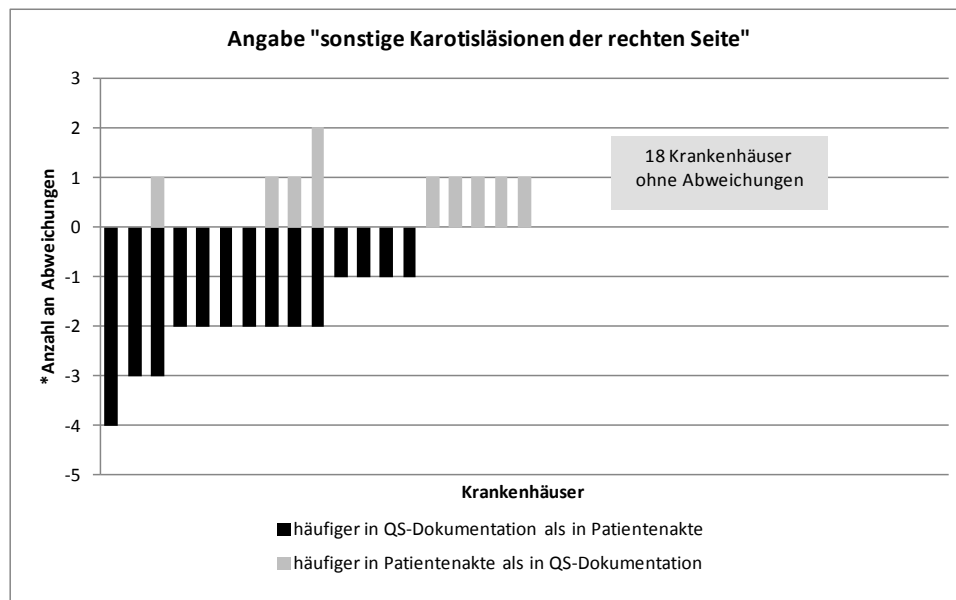
Mit dem Ziel die Datenvalidität einzelner Datenfelder zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen berechnet werden. Dabei wird grundsätzlich von der Prämisse ausgegangen, dass die Information in der Patientenakte eine Art „Goldstandard“ darstellt, d.h. dass die dort enthaltenen Informationen die tatsächliche Versorgungsrealität widerspiegeln. Um eine methodisch adäquate Bewertung der Datenvalidität durchzuführen, werden bei allen hier vorgestellten Kennzahlen, die Fälle, bei denen die Information zu einem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, aus der Auswertung ausgeschlossen. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Kennzahlen erläutert.

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

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

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

Die Balkendiagramme stellen die Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte auf Ebene der Krankenhäuser dar. Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen. Anhand der Diagramme ist ersichtlich, ob ein Krankenhaus das entsprechende Merkmal häufiger in der Patientenakte als in der QS-Dokumentation vermerkt hat oder seltener. Zudem wird angegeben, bei wie vielen Krankenhäusern keine Abweichungen ermittelt wurden.



Interpretation der Kennzahlen

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

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

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

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

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

Bewertung der Verlässlichkeit für QI-Berechnung	Kategorisierung von PPW und NPW
hervorragende Verlässlichkeit für QI-Berechnung	PPW und NPW $\geq 90 \%$
gute Verlässlichkeit für QI-Berechnung	PPW und/oder NPW $\geq 80 \%$ und $< 90 \%$
verbesserungsbedürftige Verlässlichkeit für QI-Berechnung	PPW und/oder NPW $< 80 \%$

Werden metrische Datenfelder (z.B. Zeitdauern in Minuten, Angaben in mg/dl etc.) oder Datenfelder mit einer großen Anzahl möglicher Schlüsselwerte überprüft, so wird aus Gründen der Übersichtlichkeit von der Tabellenform abgewichen. An dessen Stelle werden nur die absoluten und relativen Häufigkeiten von Übereinstimmungen und Abweichungen dargestellt. Aus medizinischer Sicht unbedenkliche Abweichungen werden dabei als Übereinstimmungen gewertet.

Übersicht der Leistungsbereiche

Kürzel	Name des Leistungsbereichs	Beschreibung
Indirekte Leistungsbereiche		
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
09/3	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
09/5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
09/6	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
10/2	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
12/1	Cholezystektomie	Chirurgische Entfernung der Gallenblase
15/1	Gynäkologische Operationen	Operationen in der Frauenheilkunde
16/1	Geburtshilfe	Die Geburtshilfe umfasst den Bereich kurz vor und nach der Entbindung.
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
17/2	Hüft-Endoprothesen- Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
17/5	Knie-Totalendoprothesen- Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile
18/1	Mammachirurgie	Operation an der Brust
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

Kürzel	Name des Leistungsbereichs	Beschreibung
Direkte Leistungsbereiche		
HCH-AORT	Aortenklappenchirurgie, isoliert	Konventionelle Methode (HCH-AORT-CHIR): Der Ersatz der Aortenklappe erfolgt durch eine „offene“ Operation am stillstehenden Herzen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine. Der Zugang zum Herzen erfolgt über das Brustbein. Kathetergestützte Methode (HCH-AORT-KATH): Die Aortenklappe wird kathetergestützt ersetzt. Der Zugang während des Eingriffs erfolgt entweder „transapikal“ (Hautschnitt über der Herzspitze) oder „transvaskulär“ (Punktion der Leistenarterie).
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
HTX	Herztransplantation	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger
LLS	Leberlebendspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
LTX	Lebertransplantation	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger
NLS	Nierenlebendspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
NTX	Nierentransplantation	Transplantation einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Transplantation der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Transplantation einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger

1 Umfassende Datenvalidierung: Karotis-Revaskularisation

1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten

Zähler	Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit ASA 5
Nenner	Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten

Zähler	Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit ASA 4
Nenner	Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Referenzbereich	≤ 4,6 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

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

Zähler	Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit Schwerpunkt der Behinderung bei Aufnahme Rankin 4 oder 5
Nenner	Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Referenzbereich	≤ 2,1 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

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

Zähler	Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose, für die Indikationsgruppe-C-Kriterien angegeben wurden
Nenner	Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Referenzbereich	≤ 7,3 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

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

Zähler	Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose, für die Indikationsgruppe-C-Kriterien angegeben wurden
Nenner	Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Referenzbereich	≤ 9,5 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
850331	2	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850332	22	0 (0,0 %)	3 (13,6 %)	19 (86,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850333	5	0 (0,0 %)	2 (40,0 %)	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850334	21	0 (0,0 %)	2 (9,5 %)	19 (90,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,8 %)
850335	10	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	9 (90,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	60	0 (0,0 %)	9 (15,0 %)	51 (85,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,7 %)

1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	0	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	0	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	14	0 (0,0 %)	8 (57,1 %)	6 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
Rheinland-Pfalz	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	0	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	0	-	-	-	-	-	-	-
Thüringen	3	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	60	0 (0,0 %)	9 (15,0 %)	51 (85,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,7 %)

1.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
850331	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850332	19	7 (36,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	12 (63,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850333	3	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850334	19	11 (57,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (42,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850335	9	6 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	51	26 (51,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	25 (49,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

1.1.5 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	6	2 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	6	2 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	2	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	3	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	6	2 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	5	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	6	5 (83,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Rheinland-Pfalz	7	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	2	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thüringen	2	1 (50 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	51	26 (51,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	25 (49,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

1.2.1 Datenfeld 8: Asymptomatische Karotisläsion rechts

Grundgesamtheit:

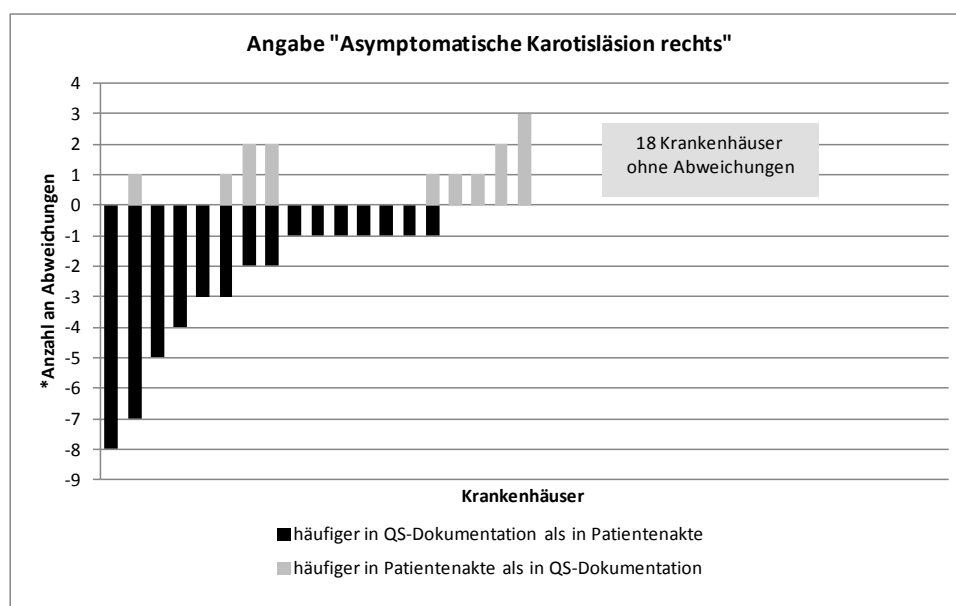
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine asymptomatische Karotisläsion rechts dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	593	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	593	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	395 66,6 %	41 6,9 %	0 0,0 %	436 73,5 %
	nein	14 2,4 %	143 24,1 %	0 0,0 %	157 26,5 %
Gesamt		409 69,0 %	184 31,0 %	0 0,0 %	593 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	538/593	90,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	55/593	9,3 %
Sensitivität	395/409	96,6 %
Spezifität	143/184	77,7 %
positiv prädiktiver Wert	395/436	90,6 %
negativ prädiktiver Wert	143/157	91,1 %



1.2.2 Datenfeld 11: Symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall) dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	23	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	23	100,0 %

		in Patientenakte				Gesamt
		Crescendo-TIA	akuter/ progredienter Apoplex	sonstige	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Crescendo-TIA	3 13,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 13,0 %
	akuter/progredienter Apoplex	0 0,0 %	19 82,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	19 82,6 %
	sonstige	0 0,0 %	0 0,0 %	1 4,3 %	0 0,0 %	1 4,3 %
Gesamt		3 13,0 %	19 82,6 %	1 4,3 %	0 0,0 %	23 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	23/23	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/23	0,0 %

1.2.3 Datenfeld 12: Asymptomatische Karotisläsion links

Grundgesamtheit:

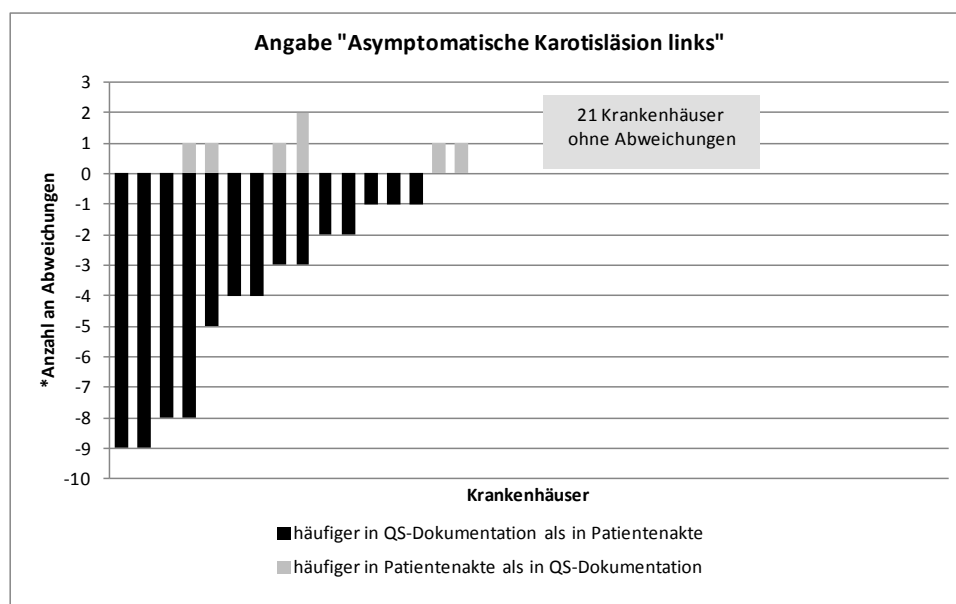
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine asymptomatische Karotisläsion links dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	575	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	575	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	370 64,3 %	60 10,4 %	0 0,0 %	430 74,8 %
	nein	7 1,2 %	138 24,0 %	0 0,0 %	145 25,2 %
Gesamt		377 65,6 %	198 34,4 %	0 0,0 %	575 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	508/575	88,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	67/575	11,7 %
Sensitivität	370/377	98,1 %
Spezifität	138/198	69,7 %
positiv prädiktiver Wert	370/430	86,0 %
negativ prädiktiver Wert	138/145	95,2 %



1.2.4 Datenfeld 15: symptomatische Karotisläsion links (Notfall)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine symptomatische Karotisläsion links (Notfall) dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	19	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	19	100,0 %

		in Patientenakte				Gesamt
		Crescendo-TIA	akuter/ progredienter Apoplex	sonstige	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Crescendo-TIA	4 21,1 %	2 10,5 %	1 5,3 %	0 0,0 %	7 36,8 %
	akuter/ progredienter Apoplex	0 0,0 %	11 57,9 %	0 0,0 %	0 0,0 %	11 57,9 %
	sonstige	0 0,0 %	0 0,0 %	1 5,3 %	0 0,0 %	1 5,3 %
Gesamt		4 21,1 %	13 68,4 %	2 10,5 %	0 0,0 %	19 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	16/19	84,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/19	15,8 %

1.2.5 Datenfeld 16: Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	689	99,0 %

		in Patientenakte							Gesamt
		0	1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	0	439 63,1 %	9 1,3 %	9 1,3 %	4 0,6 %	1 0,1 %	0 0,0 %	3 0,4 %	465 66,8 %
	1	12 1,7 %	32 4,6 %	7 1,0 %	3 0,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,4 %	57 8,2 %
	2	16 2,3 %	7 1,0 %	53 7,6 %	4 0,6 %	1 0,1 %	0 0,0 %	1 0,1 %	82 11,8 %
	3	5 0,7 %	2 0,3 %	4 0,6 %	42 6,0 %	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	55 7,9 %
	4	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	18 2,6 %	2 0,3 %	0 0,0 %	23 3,3 %
	5	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	2 0,3 %	10 1,4 %	0 0,0 %	14 2,0 %
Gesamt		473 68,0 %	50 7,2 %	73 10,5 %	57 8,2 %	24 3,4 %	12 1,7 %	7 1,0 %	696 100,0 %

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

Anmerkungen:

0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar

1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit

2 = Rankin 2: leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und/ oder leichter Aphasie

3 = Rankin 3: mittelschwerer Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und/ oder mittelschwerer Aphasie

4 = Rankin 4: schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und/ oder komplette Aphasie

5 = Rankin 5: invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	594/689	86,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	95/689	13,8 %

1.2.6 Datenfeld 32: Stenosegrad rechts (nach NASCET)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	696	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	33	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	663/663	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation mit 5 %-Punkten Toleranz	553/663	83,4 %

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

1.2.7 Datenfeld 33: Stenosegrad links (nach NASCET)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	696	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	42	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	654/654	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation mit 5 %-Punkten Toleranz	550/654	84,1 %

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

1.2.8 Datenfeld 34: sonstige Karotisläsionen der rechten Seite

Grundgesamtheit:

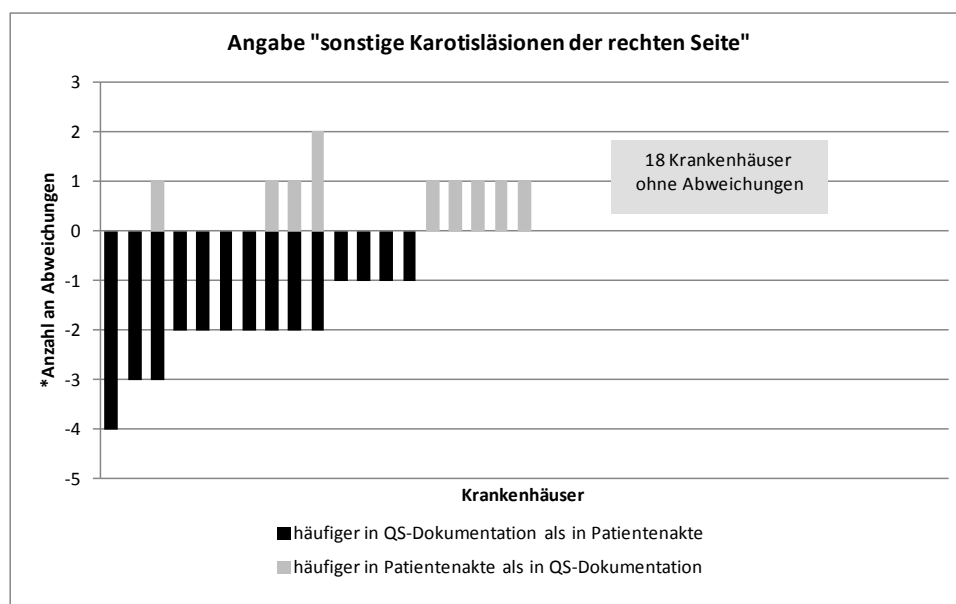
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	680	97,7 %

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

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	642/680	94,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	38/680	5,6 %
Sensitivität	47/57	82,5 %
Spezifität	595/623	95,5 %
positiv prädiktiver Wert	47/75	62,7 %
negativ prädiktiver Wert	595/605	98,3 %



1.2.9 Datenfeld 35–38: sonstige Karotisläsionen der rechten Seite (gesamt)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte sonstige Karotisläsionen der rechten Seite vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	44	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	44/44	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	42/44	95,5 %

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

Anmerkungen:

„sonstige Karotisläsionen der rechten Seite (gesamt)“ umfasst: exulzierende Plaques, Aneurysma, symptomatisches Coiling, Mehretagenläsion

1.2.10 Datenfeld 40: sonstige Karotisläsionen der linken Seite

Grundgesamtheit:

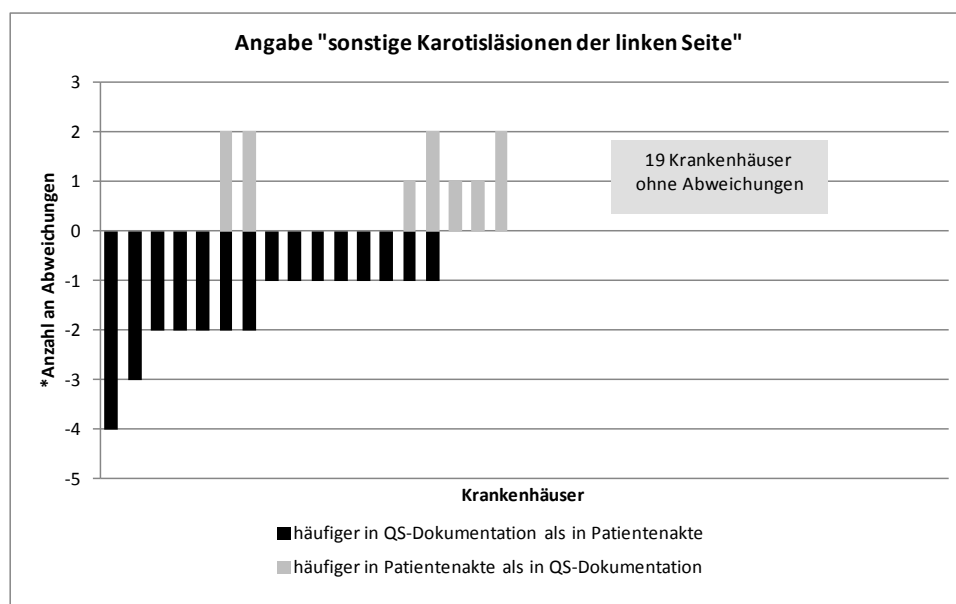
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	681	97,8 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	58 8,3 %	25 3,6 %	5 0,7 %	88 12,6 %
	nein	11 1,6 %	587 84,3 %	10 1,4 %	608 87,4 %
Gesamt		69 9,9 %	612 87,9 %	15 2,2 %	696 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	645/681	94,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	36/681	5,3 %
Sensitivität	58/69	84,1 %
Spezifität	587/612	95,9 %
positiv prädiktiver Wert	58/83	69,9 %
negativ prädiktiver Wert	587/598	98,2 %



1.2.11 Datenfeld 41–44: sonstige Karotisläsionen der linken Seite (gesamt)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte sonstige Karotisläsionen der linken Seite vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	50	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	50/50	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	49/50	98,0 %

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

Anmerkungen:

„sonstige Karotisläsionen der linken Seite (gesamt)“ umfasst: exulzierende Plaques, Aneurysma, symptomatisches Coiling, Mehretagenläsion

1.2.12 Datenfeld 50: Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	624	89,7 %

		in Patientenakte						Gesamt
		ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ASA 1	17 2,4 %	10 1,4 %	5 0,7 %	1 0,1 %	0 0,0 %	12 1,7 %	45 6,5 %
	ASA 2	0 0,0 %	109 15,7 %	46 6,6 %	3 0,4 %	0 0,0 %	28 4,0 %	186 26,7 %
	ASA 3	0 0,0 %	35 5,0 %	377 54,2 %	7 1,0 %	0 0,0 %	31 4,5 %	450 64,7 %
	ASA 4	0 0,0 %	1 0,1 %	3 0,4 %	10 1,4 %	0 0,0 %	1 0,1 %	15 2,2 %
	ASA 5	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		17 2,4 %	155 22,3 %	431 61,9 %	21 3,0 %	0 0,0 %	72 10,3 %	696 100,0 %

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

Anmerkungen:

ASA 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient

ASA 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung

ASA 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung

ASA 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung

ASA 5 = moribunder Patient

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	513/624	82,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	111/624	17,8 %

1.2.13 Datenfeld 53: therapierte Seite

Grundgesamtheit:

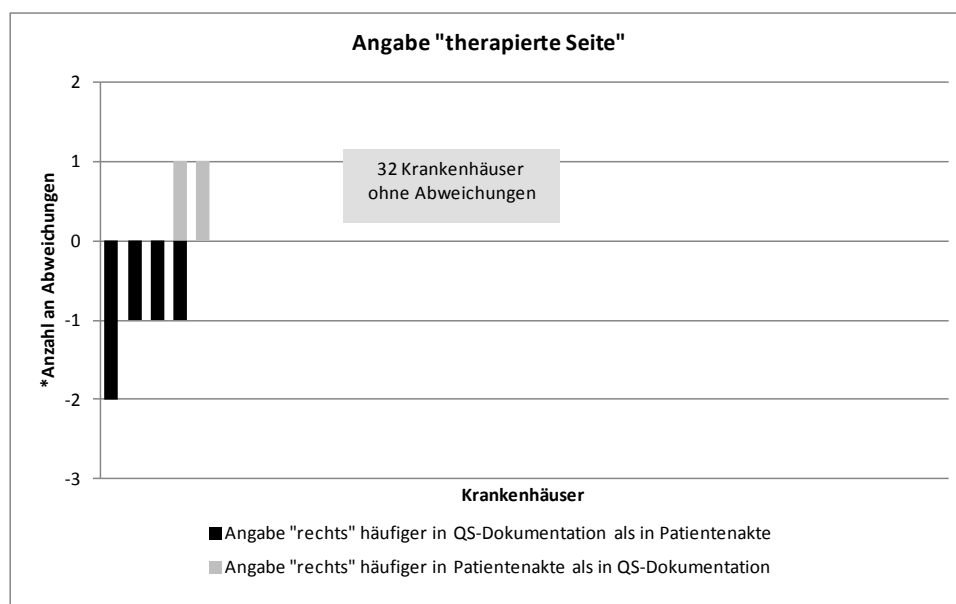
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		rechts	links	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	rechts	352 50,6 %	5 0,7 %	0 0,0 %	357 51,3 %
	links	2 0,3 %	336 48,3 %	1 0,1 %	339 48,7 %
Gesamt		354 50,9 %	341 49,0 %	1 0,1 %	696 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	688/695	99,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/695	1,0 %
Sensitivität	352/354	99,4 %
Spezifität	336/341	98,5 %
positiv prädiktiver Wert	352/357	98,6 %
negativ prädiktiver Wert	336/338	99,4 %



1.2.14 Datenfeld 56: Art des Eingriffs**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	694	99,7 %

		in Patientenakte					Gesamt
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	1	453 65,1 %	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %	455 65,4 %
	2	0 0,0 %	219 31,5 %	0 0,0 %	1 0,1 %	0 0,0 %	220 31,6 %
	3	4 0,6 %	0 0,0 %	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	5 0,7 %
	4	0 0,0 %	5 0,7 %	0 0,0 %	10 1,4 %	1 0,1 %	16 2,3 %
Gesamt		457 65,7 %	225 32,3 %	1 0,1 %	11 1,6 %	2 0,3 %	696 100,0 %

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

Anmerkungen:

1 = Offene Operation

2 = PTA/Stent

3 = Umstieg PTA/Stent auf offene Operation

4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	683/694	98,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11/694	1,6 %

1.2.15 Datenfeld 73: Simultaneingriff an arteriellen Gefäßsystem

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte							Gesamt
		0	1	2	3	4	9	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	0	645 92,7 %	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,6 %	1 0,1 %	652 93,7 %
	1	1 0,1 %	14 2,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %	0 0,0 %	16 2,3 %
	2	1 0,1 %	0 0,0 %	3 0,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,6 %
	3	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	4	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	4 0,6 %	0 0,0 %	8 1,1 %
	9	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %	13 1,9 %	0 0,0 %	16 2,3 %
Gesamt		651 93,5 %	16 2,3 %	3 0,4 %	0 0,0 %	3 0,4 %	22 3,2 %	1 0,1 %	696 100,0 %

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

Anmerkungen:

- 0 = nein
- 1 = Aorto-koronarer Bypass
- 2 = periphere arterielle Rekonstruktion
- 3 = Aortenrekonstruktion
- 4 = PTA/Stent intrakraniell
- 9 = sonstige

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	677/695	97,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	18/695	2,6 %

1.2.16 Datenfeld 76: Art der Intervention**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte als Art des Eingriffs PTA/Stent oder PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	235	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	235	100,0 %

		in Patientenakte				Gesamt
		PTA	Stent	PTA plus Stent	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	PTA	9 3,8 %	0 0,0 %	2 0,9 %	0 0,0 %	11 4,7 %
	Stent	0 0,0 %	10 4,3 %	6 2,6 %	0 0,0 %	16 6,8 %
	PTA plus Stent	0 0,0 %	0 0,0 %	208 88,5 %	0 0,0 %	208 88,5 %
Gesamt		9 3,8 %	10 4,3 %	216 91,9 %	0 0,0 %	235 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	227/235	96,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/235	3,4 %

1.2.17 Datenfelder 83: intraprozedurale Lyse/ Thrombektomie

Grundgesamtheit:

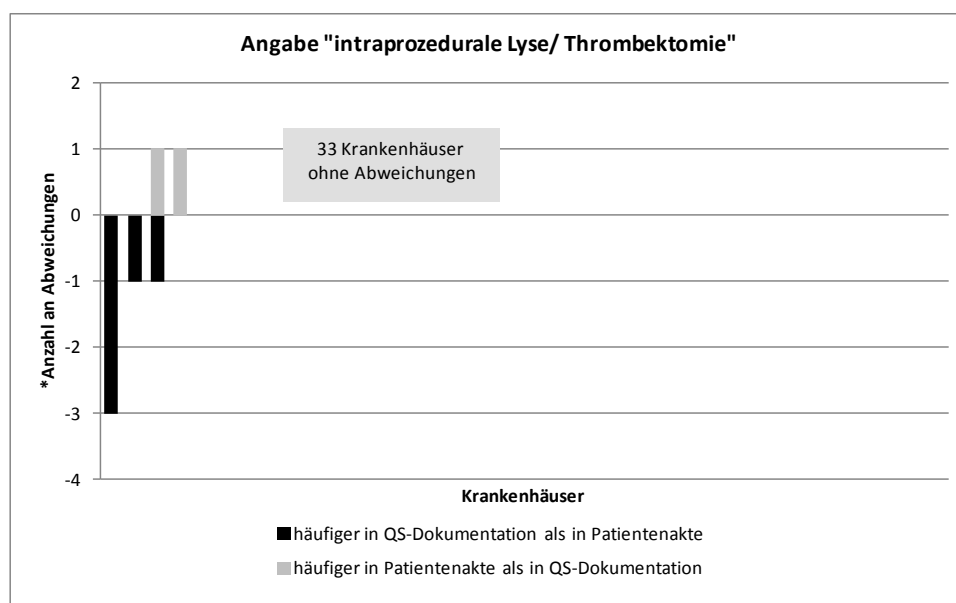
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte als Art des Eingriffs PTA/Stent oder PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	235	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	235	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	12 5,1 %	5 2,1 %	0 0,0 %	17 7,2 %
	nein	2 0,9 %	216 91,9 %	0 0,0 %	218 92,8 %
Gesamt		14 6,0 %	221 94,0 %	0 0,0 %	235 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	228/235	97,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/235	3,0 %
Sensitivität	12/14	85,7 %
Spezifität	216/221	97,7 %
positiv prädiktiver Wert	12/17	70,6 %
negativ prädiktiver Wert	216/218	99,1 %



1.2.18 Datenfeld 88: TEA**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte als Art des Eingriffs offene Operation oder Umstieg PTA/Stent auf offene Operation dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	458	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	457	99,8 %

		in Patientenakte								Gesamt
		0	1	2	3	4	5	9	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	0	149 32,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	1 0,2 %	2 0,4 %	0 0,0 %	153 33,4 %
	1	1 0,2 %	14 3,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	15 3,3 %
	2	0 0,0 %	0 0,0 %	17 3,7 %	0 0,0 %	2 0,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	19 4,1 %
	3	0 0,0 %	0 0,0 %	8 1,7 %	1 0,2 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	10 2,2 %
	4	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	94 20,5 %	0 0,0 %	3 0,7 %	0 0,0 %	98 21,4 %
	5	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 2,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	10 2,2 %
	9	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	153 33,4 %	0 0,0 %	153 33,4 %
Gesamt		151 33,0 %	14 3,1 %	25 5,5 %	1 0,2 %	98 21,4 %	10 2,2 %	158 34,5 %	1 0,2 %	458 100,0 %

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

Anmerkungen:

- 0 = nein
- 1 = mit Venen-Patch
- 2 = mit PTFE-Patch
- 3 = mit Polyurethan-Patch
- 4 = mit Dacron-Patch
- 5 = mit Direktnaht
- 9 = sonstige (z.B. Xenomaterial)

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	437/457	95,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	20/457	4,4 %

1.2.19 Datenfeld 97: Abklemmdauer

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgt ist

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	579	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	597/597	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation mit einer Minute Toleranz	495/597	82,9 %

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

1.2.20 Datenfelder 103: Neuauftretendes neurologisches Defizit

Grundgesamtheit:

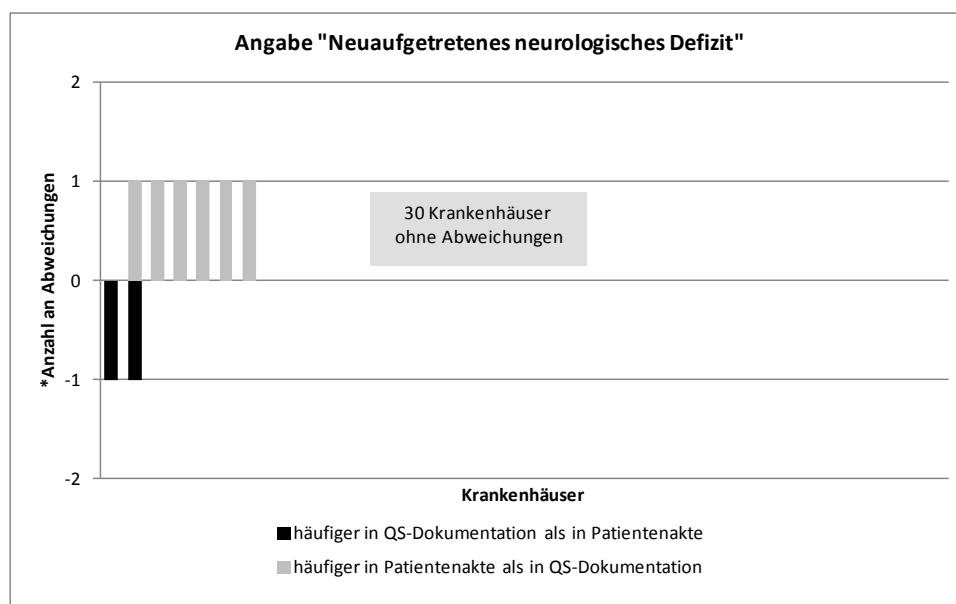
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		Periprozeduraler Schlaganfall	TIA/nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Periprozeduraler Schlaganfall	10 1,4 %	2 0,3 %	0 0,0 %	12 1,7 %
	TIA/nein	6 0,9 %	677 97,3 %	1 0,1 %	684 98,3 %
Gesamt		16 2,3 %	679 97,6 %	1 0,1 %	696 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	687/695	98,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/695	1,2 %
Sensitivität	10/16	62,5 %
Spezifität	677/679	99,7 %
positiv prädiktiver Wert	10/12	83,3 %
negativ prädiktiver Wert	677/683	99,1 %



1.2.21 Datenfeld 104: Schweregrad des neurologischen Defizits

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte ein periprozeduraler Schlaganfall vorliegt

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	10	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	10	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		Rankin 0–3	Rankin 4–6	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS- Dokumentation	Rankin 0–3	5	1	0	6
		50,0 %	10,0 %	0,0 %	60,0 %
	Rankin 4–6	0	4	0	4
		0,0 %	40,0 %	0,0 %	40,0 %
Gesamt		5	5	0	10
		50,0 %	50,0 %	0,0 %	100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	9/10	90,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/10	10,0 %
Sensitivität	5/5	100,0 %
Spezifität	4/5	80,0 %
positiv prädiktiver Wert	5/6	83,3 %
negativ prädiktiver Wert	4/4	100,0 %

Anmerkungen:

0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar

1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit

2 = Rankin 2: leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und/oder leichter Aphasie

3 = Rankin 3: mittelschwerer Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und/oder mittelschwerer Aphasie

4 = Rankin 4: schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und/oder komplette Aphasie

5 = invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig

9 = Apoplex mit tödlichem Ausgang

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch ein Krankenhaus bedingt.

1.2.22 Datenfelder 111: lokale Komplikationen

Grundgesamtheit:

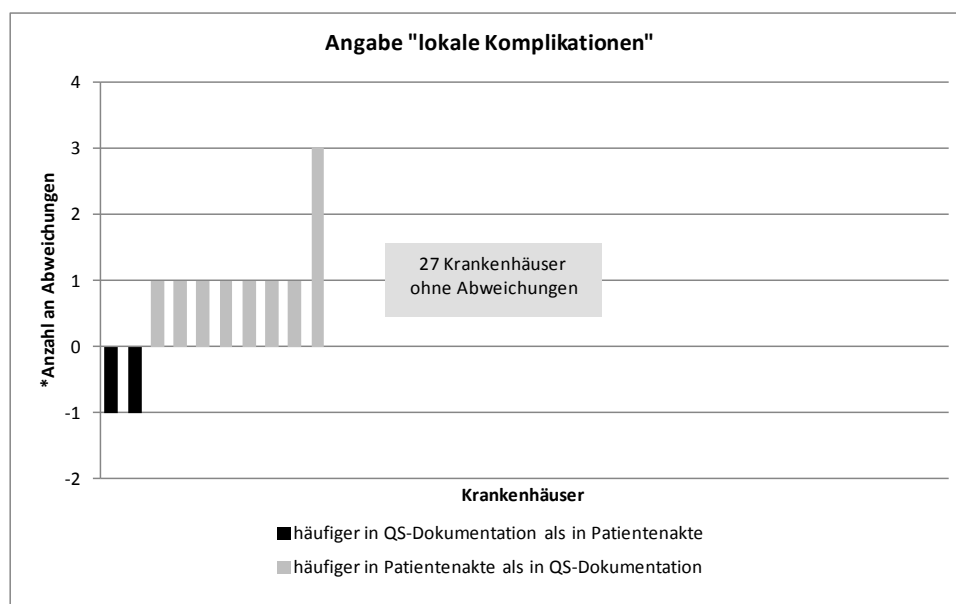
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	19 2,7 %	2 0,3 %	0 0,0 %	21 3,0 %
	nein	10 1,4 %	664 95,4 %	1 0,1 %	675 97,0 %
Gesamt		29 4,2 %	666 95,7 %	1 0,1 %	696 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	683/695	98,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/695	1,7 %
Sensitivität	19/29	65,5 %
Spezifität	664/666	99,7 %
positiv prädiktiver Wert	19/21	90,5 %
negativ prädiktiver Wert	664/674	98,5 %



1.2.23 Datenfeld 112–117: lokale Komplikationen (gesamt)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte lokale Komplikationen vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	20	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	20/20	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	19/20	95,0 %

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

Anmerkungen:

“lokale Komplikationen (gesamt)” umfasst: OP-pflichtige Nachblutung, Nervenläsion als Folge des Eingriffs, Karotisverschluss, behandlungsbedürftige Komplikation(en) an der Punktionsstelle, sonstige

1.2.24 Datenfelder 118: allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)

Grundgesamtheit:

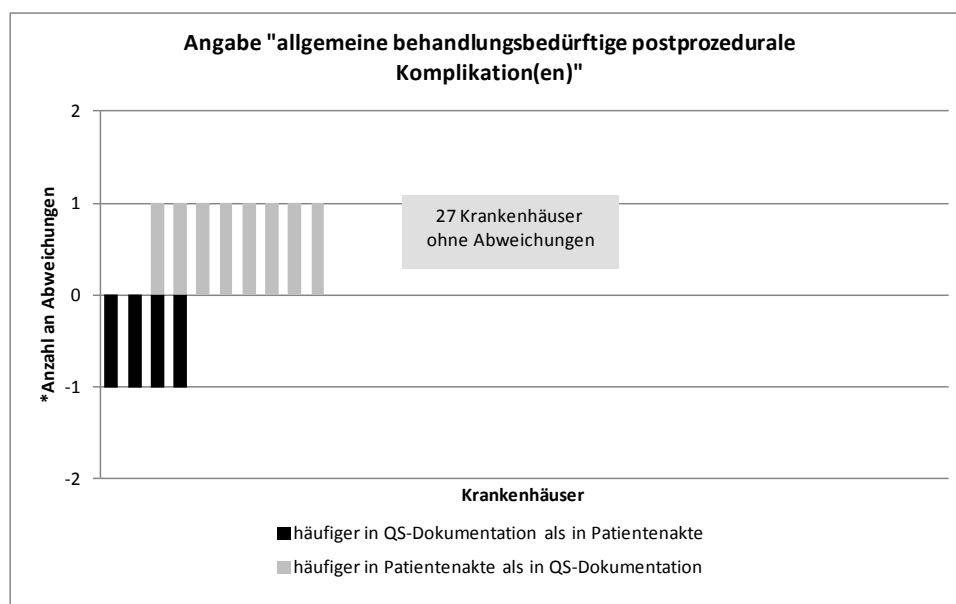
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	16 2,3 %	4 0,6 %	0 0,0 %	20 2,9 %
	nein	8 1,1 %	667 95,8 %	1 0,1 %	676 97,1 %
Gesamt		24 3,4 %	671 96,4 %	1 0,1 %	696 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	683/695	98,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/695	1,7 %
Sensitivität	16/24	66,7 %
Spezifität	667/671	99,4 %
positiv prädiktiver Wert	16/20	80,0 %
negativ prädiktiver Wert	667/675	98,8 %



1.2.25 Datenfelder 119–124: allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) (gesamt)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	22	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	22/22	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	20/22	90,9 %

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

Anmerkungen:

„allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) (gesamt)“ umfasst: Herzinfarkt, sonstige kardiovaskuläre Komplikation(en), tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, pulmonale Komplikationen, sonstige

1.2.26 Datenfeld 127: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	3 0,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,4 %
	nein	0 0,0 %	692 99,4 %	1 0,1 %	693 99,6 %
Gesamt		3 0,4 %	692 99,4 %	1 0,1 %	696 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	695/695	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/695	0,0 %
Sensitivität	3/3	100,0 %
Spezifität	692/692	100,0 %
positiv prädiktiver Wert	3/3	100,0 %
negativ prädiktiver Wert	692/692	100,0 %

2 Umfassende Datenvalidierung: Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

2.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

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

Zähler	Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkprothese“ (ICD T84.5) dokumentiert wurde, jedoch keine Entzündungszeichen im Labor vorlagen, kein Erregernachweis durchgeführt wurden bzw. mit negativem Ergebnis, keine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde und bei denen es sich um einen aseptischen Eingriff handelt
Nenner	Alle Patienten
Referenzbereich	≤ 17,8 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Zähler	Patienten ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative Komplikation, ohne Wundinfektion und allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation
Nenner	Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 90. Perzentil (nach der ersten Operation) aus Krankenhäusern, die keine geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen
Referenzbereich	< 100, 0 %
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850328: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen

Zähler	Patientinnen ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation, ohne Wundinfektion und allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation
Nenner	Alle Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Komplikationen bei Eingriffe, anderorts nicht klassifiziert (ICD: T81* ohne T81.1 und T81.9) dokumentiert wurde
Referenzbereich	> 75,0 %
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	5

850329: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Zähler	Patienten mit ASA 5
Nenner	Alle Patienten
Referenzbereich	= 0
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

2.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
850326	26	0 (0,0 %)	1 (3,8 %)	25 (96,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (11,5 %)
850327	104	0 (0,0 %)	37 (35,5 %)	67 (64,4 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850328	30	0 (0,0 %)	1 (3,3 %)	29 (96,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (6,7 %)
850329	10	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850330	28	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	28 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,6 %)
Gesamt	198	0 (0,0 %)	39 (19,7 %)	159 (80,3 %)	0 (0,0 %)	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	6 (3,0 %)

2.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	18	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	18 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,6 %)
Bayern	20	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	20 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	17	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	17 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	23	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	23 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	60	0 (0,0 %)	35 (58,3 %)	25 (41,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (8,3 %)
Rheinland-Pfalz	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	0	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	10	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	8	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	7	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	198	0 (0,0 %)	39 (19,7 %)	159 (80,3 %)	0 (0,0 %)	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	6 (3,0 %)

2.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
850326	25	9 (36,0 %)	0 (0,0 %)	4 (16,0 %)	12 (48,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850327	67	33 (49,3 %)	0 (0,0 %)	3 (4,5 %)	28 (41,8 %)	0 (0,0 %)	3 (4,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850328	29	7 (24,1 %)	0 (0,0 %)	2 (6,9 %)	18 (62,1 %)	0 (0,0 %)	1 (3,4 %)	0 (0,0 %)	1 (3,4 %)
850329	10	6 (60,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	3 (30,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850330	28	14 (50,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,67 %)	13 (46,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	159	69 (43,4 %)	0 (0,0 %)	11 (6,9 %)	74 (46,5 %)	0 (0,0 %)	4 (2,5 %)	0 (0,0 %)	1 (0,6 %)

2.1.5 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	18	8 (44,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (55,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	20	6 (30,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (70,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	7	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	6	5 (83,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	17	3 (17,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (82,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	1	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	23	11 (47,8 %)	0 (0,0 %)	2 (8,7 %)	8 (34,8 %)	0 (0,0 %)	2 (8,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	25	12 (48,0 %)	0 (0,0 %)	6 (24 %)	6 (24,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,0 %)
Rheinland-Pfalz	14	7 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	10	4 (40,0 %)	0 (0,0 %)	2 (20,0 %)	3 (30,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	4	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	8	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (62,5 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	3	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	159	69 (43,4 %)	0 (0,0 %)	11 (6,9 %)	74 (46,5 %)	0 (0,0 %)	4 (2,5 %)	0 (0,0 %)	1 (0,6 %)

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

2.2.1 Datenfeld 13: Zweizeitiger Wechsel

Grundgesamtheit:

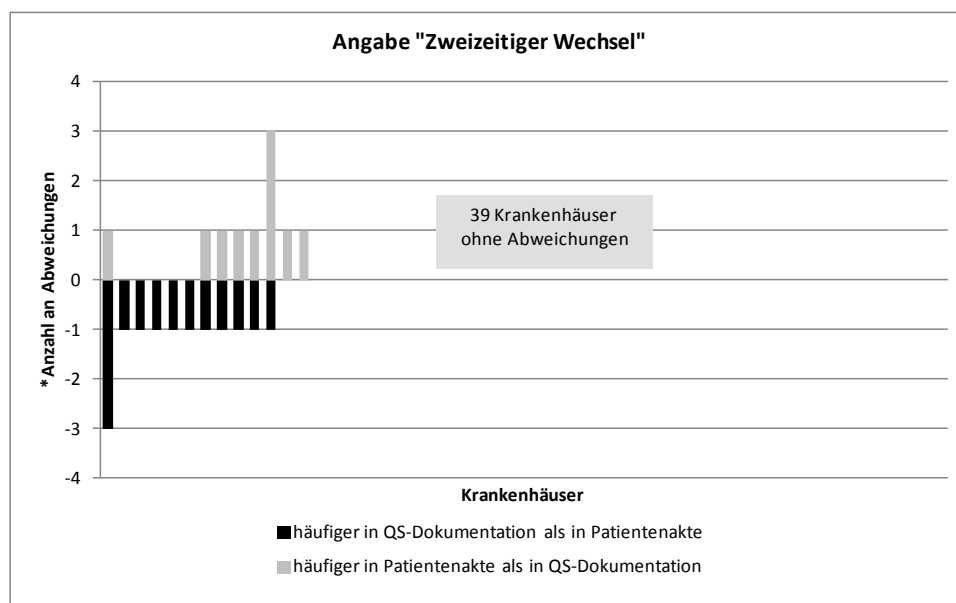
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgt ist

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	572	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	572	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	126 22,0 %	13 2,3 %	0 0,0 %	139 24,3 %
	nein	10 1,7 %	423 74,0 %	0 0,0 %	433 75,7 %
Gesamt		136 23,8 %	436 76,2 %	0 0,0 %	572 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	549/572	96,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	23/572	4,0 %
Sensitivität	126/136	92,6 %
Spezifität	423/436	97,0 %
positiv prädiktiver Wert	126/139	90,6 %
negativ prädiktiver Wert	423/433	97,7 %



2.2.2 Datenfeld 15: Entzündungszeichen im Labor

Grundgesamtheit:

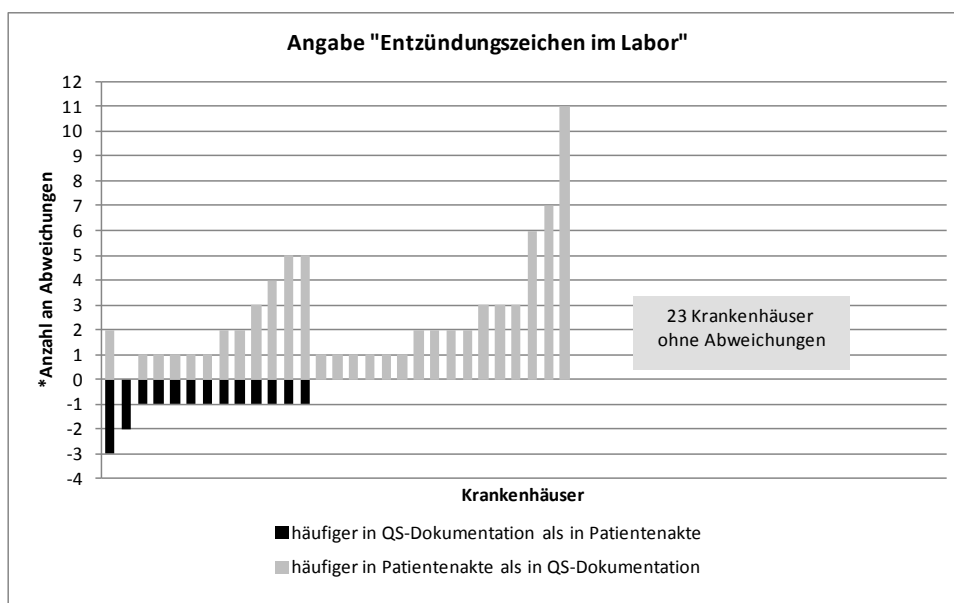
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	745	99,5 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS- Dokumentation	ja	112	16	2	130
		15,0 %	2,1 %	0,3 %	17,4 %
	nein	75	542	2	619
		10,0 %	72,4 %	0,3 %	82,6 %
Gesamt		187	558	4	749
		25,0 %	74,5 %	0,5 %	100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	654/745	87,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	91/745	12,2 %
Sensitivität	112/187	59,9 %
Spezifität	542/558	97,1 %
positiv prädiktiver Wert	112/128	87,5 %
negativ prädiktiver Wert	542/617	87,8 %



2.2.3 Datenfeld 17: Erregernachweis

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	711	94,9 %

		in Patientenakte				Gesamt
		nicht durchgeföhrt	durchgeföhrt, negativ	durchgeföhrt, positiv	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	nicht durchgeföhrt	157 21,0 %	35 4,7 %	3 0,4 %	7 0,9 %	202 27,0 %
	durchgeföhrt, negativ	89 11,9 %	328 43,8 %	16 2,1 %	29 3,9 %	462 61,7 %
	durchgeföhrt, positiv	10 1,3 %	5 0,7 %	68 9,1 %	2 0,3 %	85 11,3 %
Gesamt		256 34,2 %	368 49,1 %	87 11,6 %	38 5,1 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	553/711	77,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	158/711	22,2 %

2.2.4 Datenfeld 18: Implantatwanderung/-versagen

Grundgesamtheit:

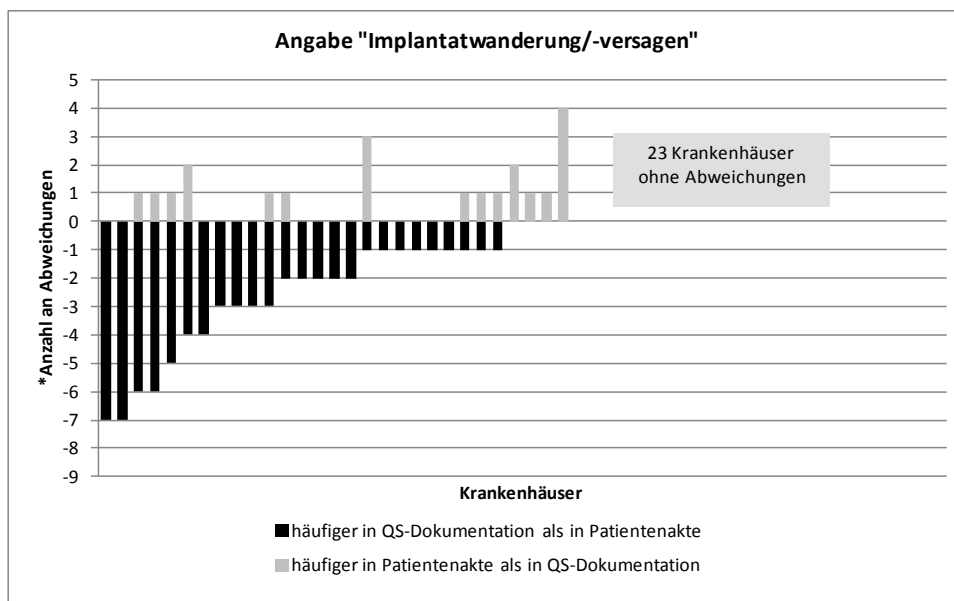
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	746	99,6 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	121	78	0	199
		16,2 %	10,4 %	0,0 %	26,6 %
	nein	21	526	3	550
		2,8 %	70,2 %	0,4 %	73,4 %
Gesamt		142	604	3	749
		19,0 %	80,6 %	0,4 %	100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	647/746	86,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	99/746	13,3 %
Sensitivität	121/142	85,2 %
Spezifität	526/604	87,1 %
positiv prädiktiver Wert	121/199	60,8 %
negativ prädiktiver Wert	526/547	96,2 %



2.2.5 Datenfeld 19: Lockerung Femur-Komponente

Grundgesamtheit:

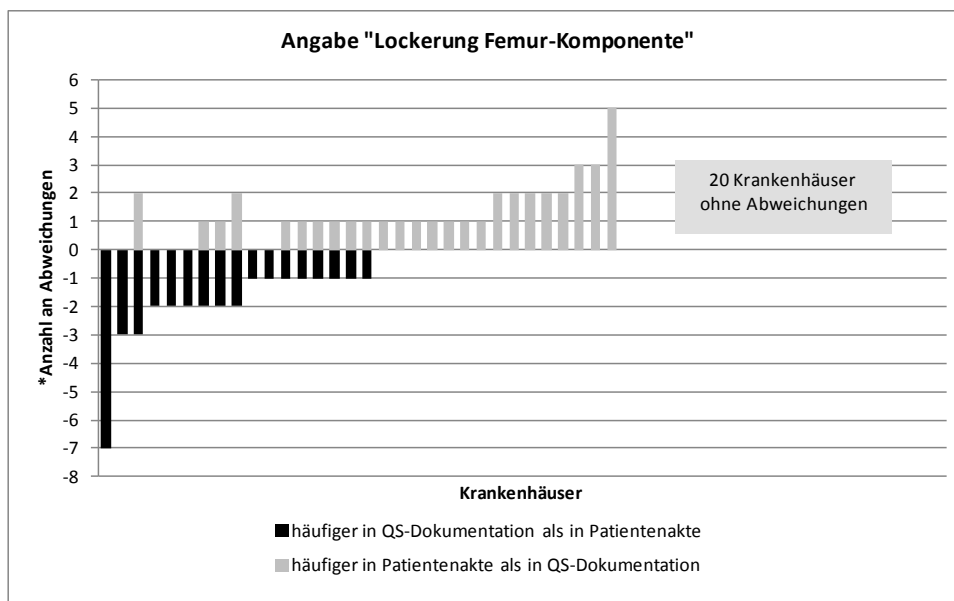
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	745	99,5 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	172 23,0 %	33 4,4 %	0 0,0 %	205 27,4 %
	nein	40 5,3 %	500 66,8 %	4 0,5 %	544 72,6 %
Gesamt		212 28,3 %	533 71,2 %	4 0,5 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	672/745	90,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	73/745	9,8 %
Sensitivität	172/212	81,1 %
Spezifität	500/533	93,8 %
positiv prädiktiver Wert	172/205	83,9 %
negativ prädiktiver Wert	500/540	92,6 %



2.2.6 Datenfeld 20: Lockerung Tibia-Komponente

Grundgesamtheit:

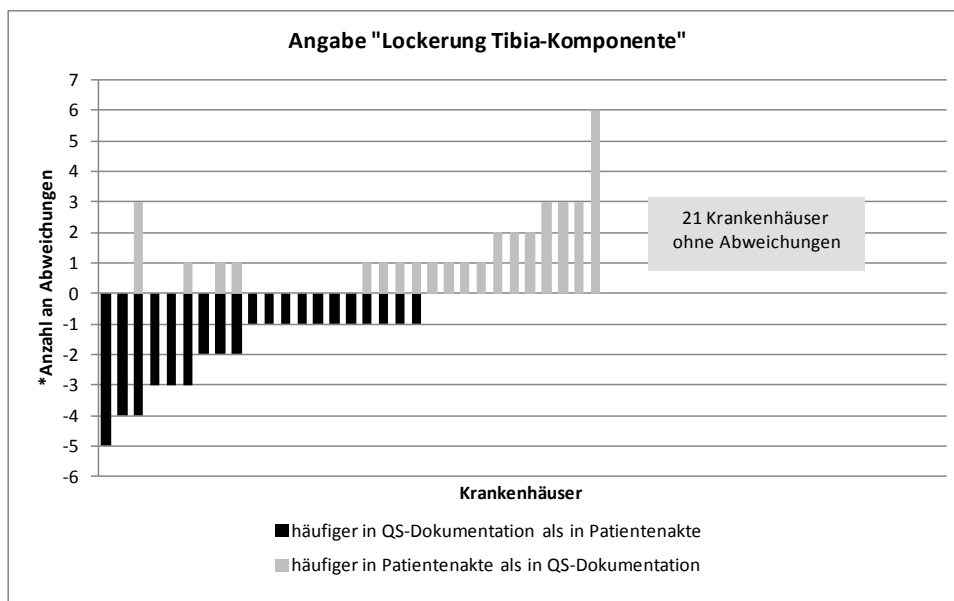
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	745	99,5 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	257 34,3 %	39 5,2 %	1 0,1 %	297 39,7 %
	nein	35 4,7 %	414 55,3 %	3 0,4 %	452 60,3 %
Gesamt		292 39,0 %	453 60,5 %	4 0,5 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	671/745	90,1 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	74/745	9,9 %
Sensitivität	257/292	88,0 %
Spezifität	414/453	91,4 %
positiv prädiktiver Wert	257/296	86,8 %
negativ prädiktiver Wert	414/449	92,2 %



2.2.7 Datenfeld 21: Lockerung Patella-Komponente

Grundgesamtheit:

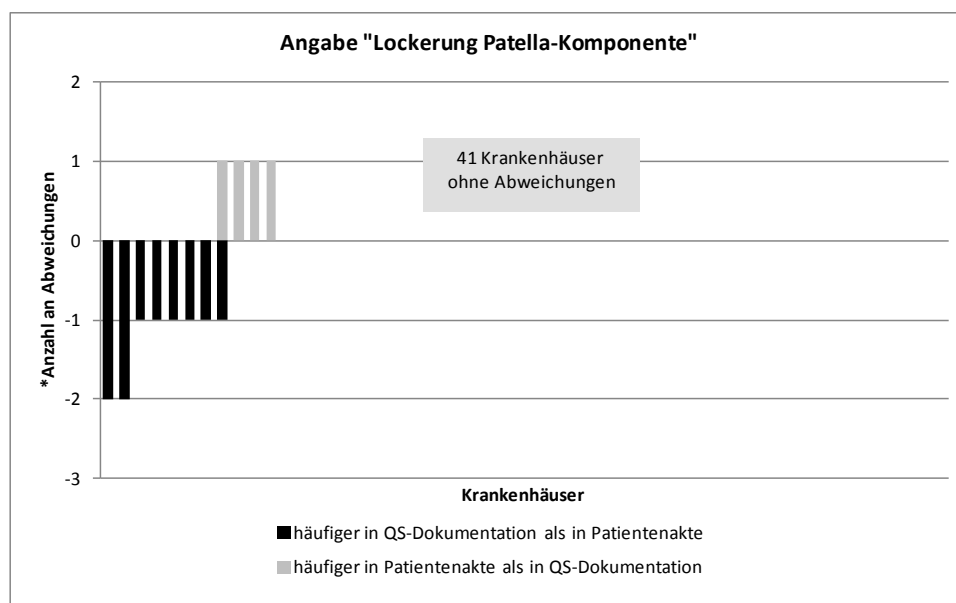
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	745	99,5 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	17 2,3 %	10 1,3 %	0 0,0 %	27 3,6 %
	nein	4 0,5 %	714 95,3 %	4 0,5 %	722 96,4 %
Gesamt		21 2,8 %	724 96,7 %	4 0,5 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	731/745	98,1 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	14/745	1,9 %
Sensitivität	17/21	81,0 %
Spezifität	714/724	98,6 %
positiv prädiktiver Wert	17/27	63,0 %
negativ prädiktiver Wert	714/718	99,4 %



2.2.8 Datenfeld 22: Substanzverlust Femur

Grundgesamtheit:

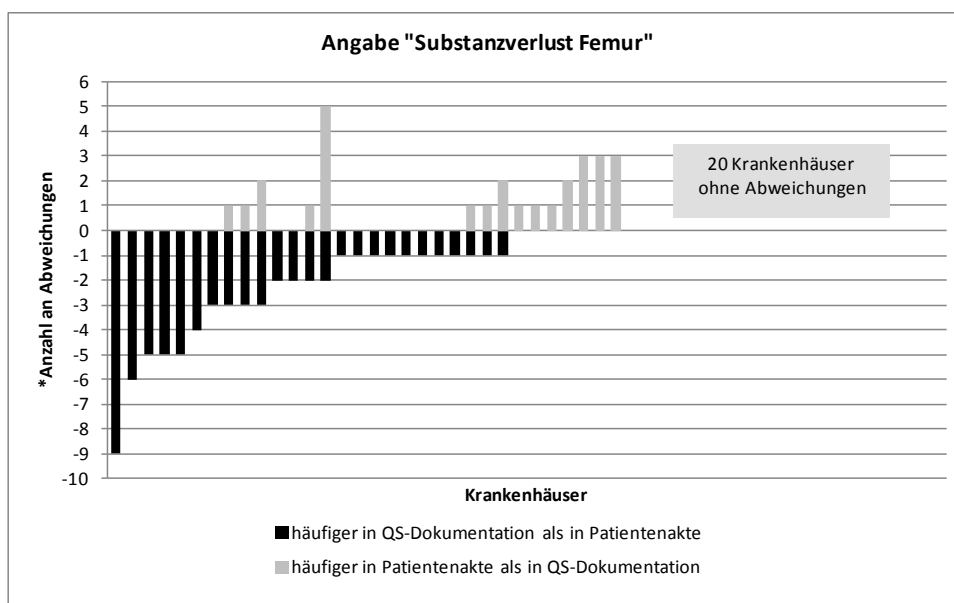
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	744	99,3 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	142 19,0 %	65 8,7 %	2 0,3 %	209 27,9 %
	nein	28 3,7 %	509 68,0 %	3 0,4 %	540 72,1 %
Gesamt		170 22,7 %	574 76,6 %	5 0,7 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	651/744	87,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	93/744	12,5 %
Sensitivität	142/170	83,5 %
Spezifität	509/574	88,7 %
positiv prädiktiver Wert	142/207	68,6 %
negativ prädiktiver Wert	509/537	94,8 %



2.2.9 Datenfeld 23: Substanzverlust Tibia

Grundgesamtheit:

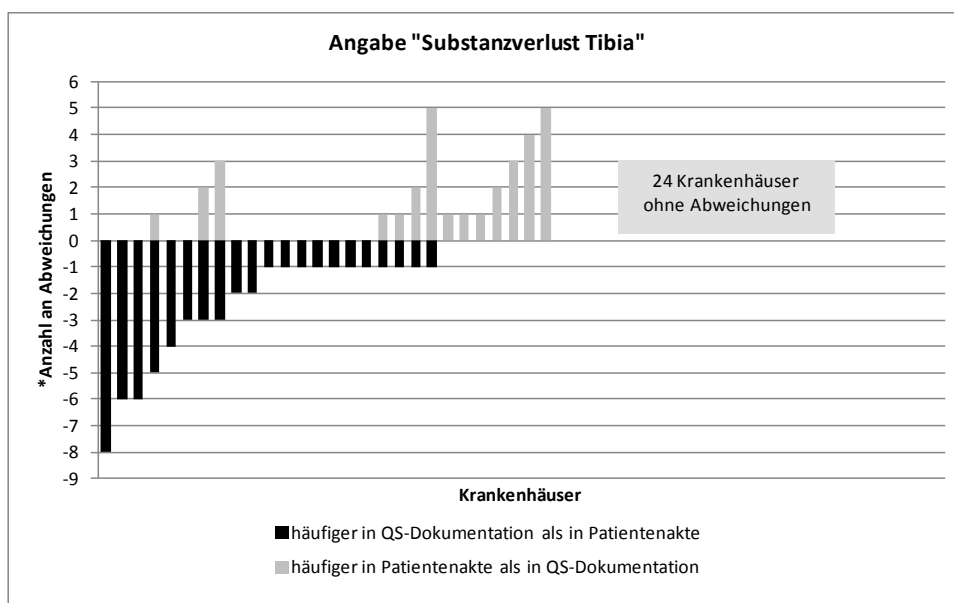
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	742	99,1 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	183 24,4 %	53 7,1 %	4 0,5 %	240 32,0 %
	nein	32 4,3 %	474 63,3 %	3 0,4 %	509 68,0 %
Gesamt		215 28,7 %	527 70,4 %	7 0,9 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	657/742	88,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	85/742	11,5 %
Sensitivität	183/215	85,1 %
Spezifität	474/527	89,9 %
positiv prädiktiver Wert	183/236	77,5 %
negativ prädiktiver Wert	474/506	93,7 %



2.2.10 Datenfeld 24: Verschleiß der Gleitfläche

Grundgesamtheit:

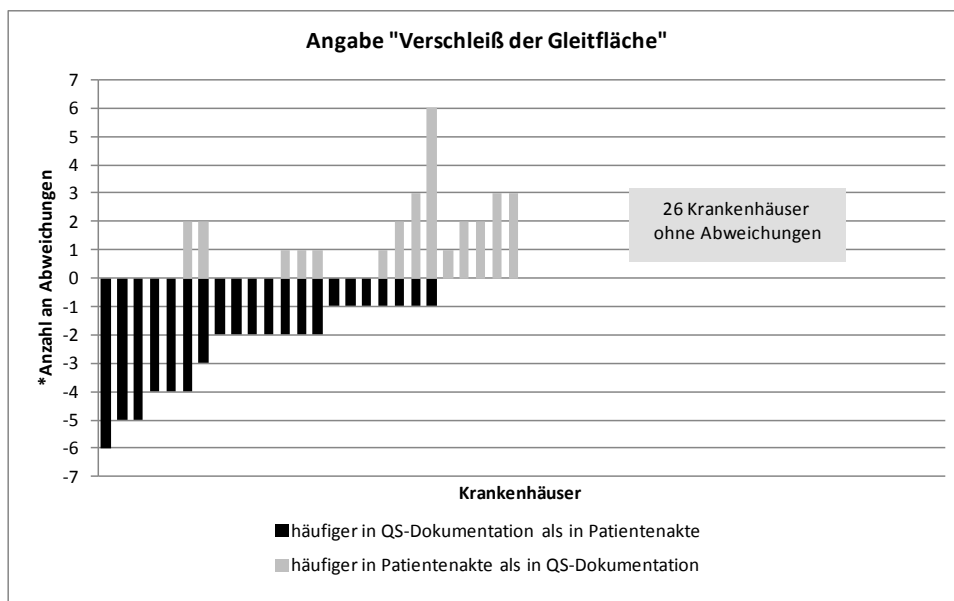
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	742	99,1 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	153 20,4 %	52 6,9 %	3 0,4 %	208 27,8 %
	nein	30 4,0 %	507 67,7 %	4 0,5 %	541 72,2 %
Gesamt		183 24,4 %	559 74,6 %	7 0,9 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	660/742	88,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	82/742	11,1 %
Sensitivität	153/183	83,6 %
Spezifität	507/559	90,7 %
positiv prädiktiver Wert	153/205	74,6 %
negativ prädiktiver Wert	507/537	94,4 %



2.2.11 Datenfeld 25: periprothetische Fraktur

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	747	99,7 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	25 3,3 %	6 0,8 %	0 0,0 %	31 4,1 %
	nein	5 0,7 %	711 94,9 %	2 0,3 %	718 95,9 %
Gesamt		30 4,0 %	717 95,7 %	2 0,3 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	736/747	98,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11/747	1,5 %
Sensitivität	25/30	83,3 %
Spezifität	711/717	99,2 %
positiv prädiktiver Wert	25/31	80,6 %
negativ prädiktiver Wert	711/716	99,3 %



2.2.12 Datenfeld 26: Prothesen(sub)luxation

Grundgesamtheit:

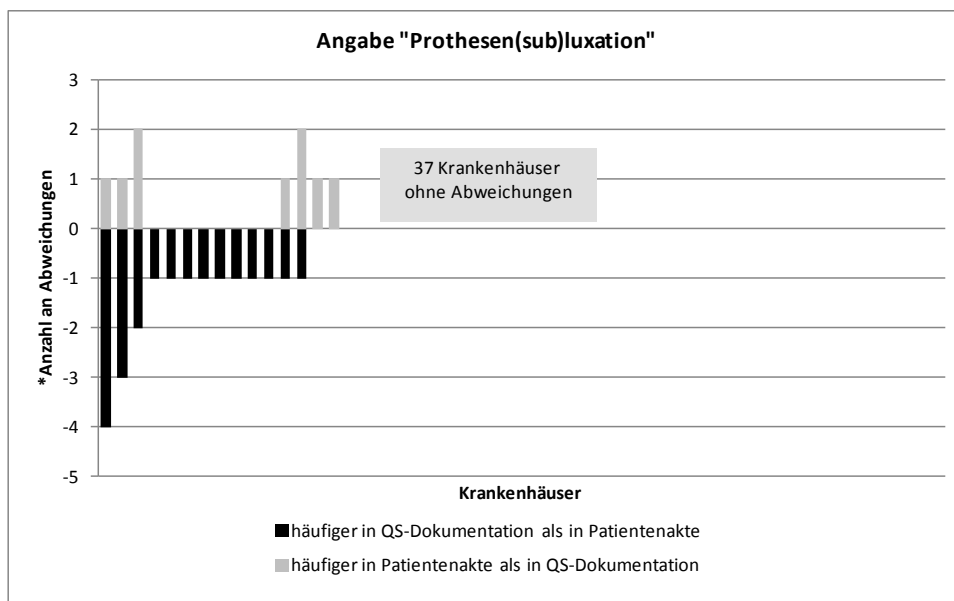
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	747	99,7 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	42 5,6 %	19 2,5 %	0 0,0 %	61 8,1 %
	nein	9 1,2 %	677 90,4 %	2 0,3 %	688 91,9 %
Gesamt		51 6,8 %	696 92,9 %	2 0,3 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	719/747	96,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	28/747	3,7 %
Sensitivität	42/51	82,4 %
Spezifität	677/696	97,3 %
positiv prädiktiver Wert	42/61	68,9 %
negativ prädiktiver Wert	677/686	98,7 %



2.2.13 Datenfeld 29: Einstufung nach ASA-Klassifikation**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	715	95,5 %

		in Patientenakte						Gesamt
		ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ASA 1	17 2,3 %	9 1,2 %	4 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,4 %	33 4,4 %
	ASA 2	5 0,7 %	308 41,1 %	65 8,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	19 2,5 %	397 53,0 %
	ASA 3	1 0,1 %	38 5,1 %	260 34,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	12 1,6 %	311 41,5 %
	ASA 4	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,4 %	5 0,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	8 1,1 %
	ASA 5	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		23 3,1 %	355 47,4 %	332 44,3 %	5 0,7 %	0 0,0 %	34 4,5 %	749 100,0 %

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

Anmerkungen:

ASA 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient

ASA 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung

ASA 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung

ASA 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung

ASA 5 = moribunder Patient

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	590/715	82,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	125/715	17,5 %

2.2.14 Datenfeld 30: Wundkontaminationsklassifikation**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	749	100,0 %

		in Patientenakte					Gesamt
		aseptische Eingriffe	bedingt aseptische Eingriffe	kontaminierte Eingriffe	septische Eingriffe	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	aseptische Eingriffe	622 83,0 %	7 0,9 %	0 0,0 %	17 2,3 %	0 0,0 %	646 86,2 %
	bedingt aseptische Eingriffe	18 2,4 %	27 3,6 %	3 0,4 %	14 1,9 %	0 0,0 %	62 8,3 %
	kontaminierte Eingriffe	1 0,1 %	0 0,0 %	9 1,2 %	2 0,3 %	0 0,0 %	12 1,6 %
	septische Eingriffe	5 0,7 %	1 0,1 %	0 0,0 %	23 3,1 %	0 0,0 %	29 3,9 %
Gesamt		646 86,2 %	35 4,7 %	12 1,6 %	56 7,5 %	0 0,0 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	681/749	90,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	68/749	9,1 %

2.2.15 Datenfeld 36: behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)

Grundgesamtheit:

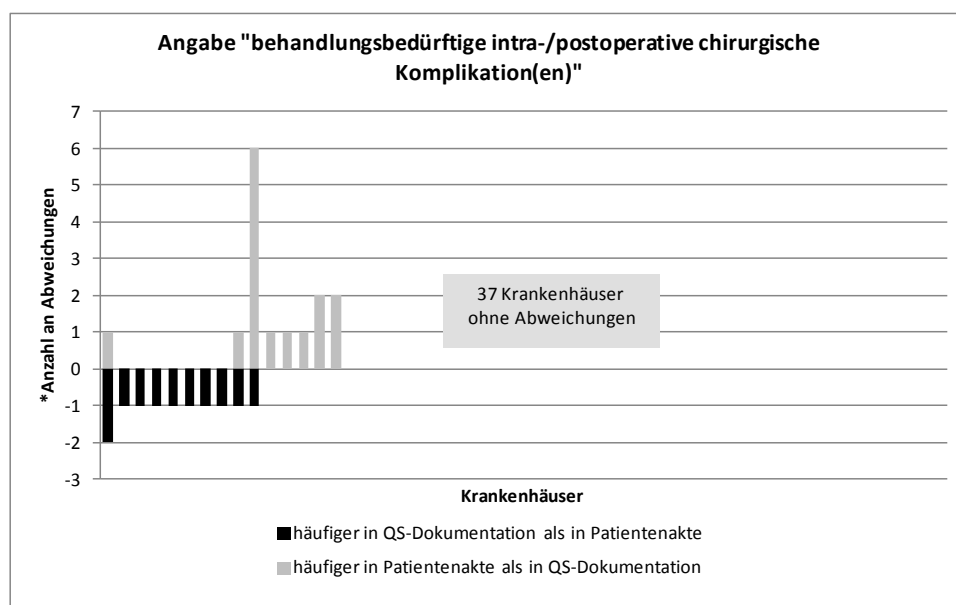
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	749	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	28 3,7 %	11 1,5 %	0 0,0 %	39 5,2 %
	nein	15 2,0 %	695 92,8 %	0 0,0 %	710 94,8 %
Gesamt		43 5,7 %	706 94,3 %	0 0,0 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	723/749	96,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	26/749	3,5 %
Sensitivität	28/43	65,1 %
Spezifität	695/706	98,4 %
positiv prädiktiver Wert	28/39	71,8 %
negativ prädiktiver Wert	695/710	97,9 %



2.2.16 Datenfeld 37–44: behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) (gesamt)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	28	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	28/28	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	27/28	96,4 %

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

Anmerkungen:

„behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) (gesamt)“ umfasst: Implantatfehlage, Implantatdislokation, Patellafehlstellung, Wundhämatom/Nachblutung, Gefäßläsion, Nervenschaden, Fraktur, sonstige

2.2.17 Datenfeld 45: postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit:

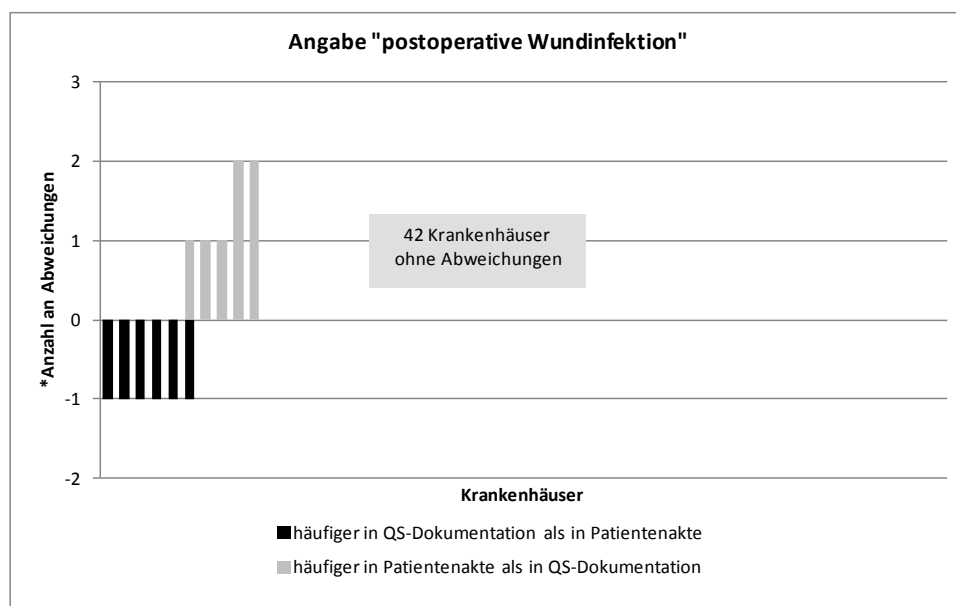
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	749	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	9 1,2 %	6 0,8 %	0 0,0 %	15 2,0 %
	nein	7 0,9 %	727 97,1 %	0 0,0 %	734 98,0 %
Gesamt		16 2,1 %	733 97,9 %	0 0,0 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	736/749	98,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13/749	1,7 %
Sensitivität	9/16	56,3 %
Spezifität	727/733	99,2 %
positiv prädiktiver Wert	9/15	60,0 %
negativ prädiktiver Wert	727/734	99,0 %



2.2.18 Datenfeld 47: Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte behandlungsbedürftige intra-/post-operative chirurgische Komplikation(en) oder eine postoperative Wundinfektion vorliegt

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	32	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	32	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	19 59,4 %	3 9,4 %	0 0,0 %	22 68,8 %
	nein	0 0,0 %	10 31,3 %	0 0,0 %	10 31,3 %
Gesamt		19 59,4 %	13 40,6 %	0 0,0 %	32 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	29/32	90,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/32	9,4 %
Sensitivität	19/19	100,0 %
Spezifität	10/13	76,9 %
positiv prädiktiver Wert	19/22	86,4 %
negativ prädiktiver Wert	10/10	100,0 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch drei Krankenhäuser mit je einer Abweichung bedingt.

2.2.19 Datenfeld 48: allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)

Grundgesamtheit:

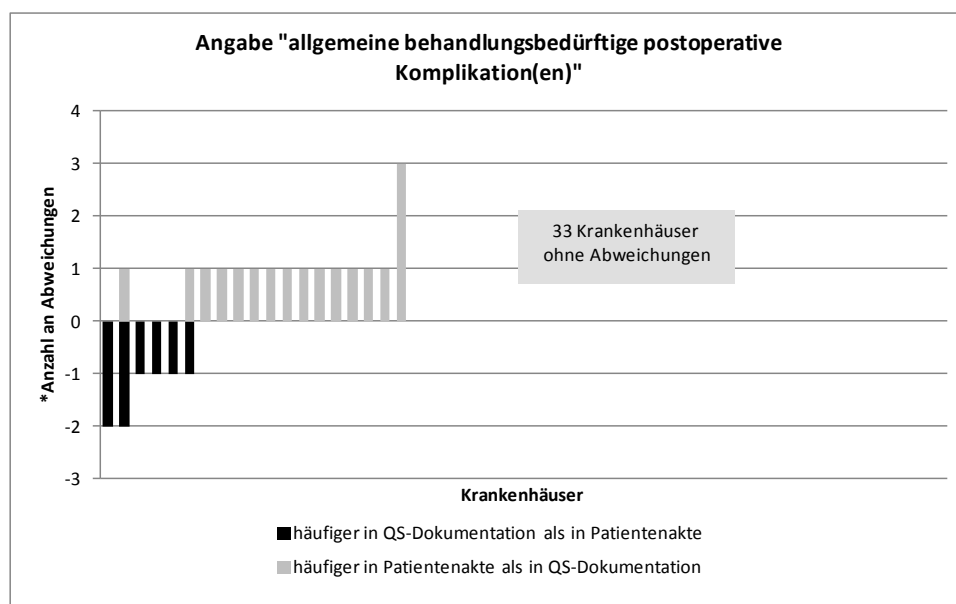
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	749	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	27 3,6 %	8 1,1 %	0 0,0 %	35 4,7 %
	nein	17 2,3 %	697 93,1 %	0 0,0 %	714 95,3 %
Gesamt		44 5,9 %	705 94,1 %	0 0,0 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	724/749	96,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	25/749	3,3 %
Sensitivität	27/44	61,4 %
Spezifität	697/705	98,9 %
positiv prädiktiver Wert	27/35	77,1 %
negativ prädiktiver Wert	697/714	97,6 %



2.2.20 Datenfeld 49–53: allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) (gesamt)

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	27	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	27/27	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	25/27	92,6 %

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

Anmerkungen:

„allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) (gesamt)*“ umfasst: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikation(en), tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, sonstige

2.2.21 Datenfeld 54: selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte lebend entlassen wurden

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	745	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	745	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	729	3	0	732
		97,9 %	0,4 %	0,0 %	98,3 %
	nein	2	11	0	13
		0,3 %	1,5 %	0,0 %	1,7 %
Gesamt		731	14	0	745
		98,1 %	1,9 %	0,0 %	100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	740/745	99,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/745	0,7 %
Sensitivität	729/731	99,7 %
Spezifität	11/14	78,6 %
positiv prädiktiver Wert	729/732	99,6 %
negativ prädiktiver Wert	11/13	84,6 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch vier Krankenhäuser mit je einer bzw. zwei Abweichungen bedingt.

2.2.22 Datenfeld 55: War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte selbstständiges Gehen bei Entlassung nicht möglich war

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	11	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	10	90,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	2 18,2 %	1 9,1 %	0 0,0 %	3 27,3 %
	nein	2 18,2 %	5 45,5 %	1 9,1 %	8 72,7 %
Gesamt		4 36,4 %	6 54,5 %	1 9,1 %	11 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/10	70,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/10	30,0 %
Sensitivität	2/4	50,0 %
Spezifität	5/6	83,3 %
positiv prädiktiver Wert	2/3	66,7 %
negativ prädiktiver Wert	5/7	71,4 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch drei Krankenhäuser mit je einer Abweichung bedingt.

2.2.23 Datenfeld 60: Entlassungsgrund (Tod)**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	749	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	4 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,5 %
	nein	0 0,0 %	745 99,5 %	0 0,0 %	745 99,5 %
Gesamt		4 0,5 %	745 99,5 %	0 0,0 %	749 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	749/749	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/749	0,0 %
Sensitivität	4/4	100,0 %
Spezifität	745/745	100,0 %
positiv prädiktiver Wert	4/4	100,0 %
negativ prädiktiver Wert	745/745	100,0 %

3 Umfassende Datenvalidierung: Lungen- und Herz-Lungentransplantation

3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Es wurden keine weiteren Auffälligkeitskriterien definiert.

3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

3.2.1 Datenfeld 10: Grunderkrankung

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte						Gesamt
		obstruktive Lungenerkrankungen	restriktive Lungenerkrankungen	pulmonale Hypertension	zystische Fibrose	andere	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	obstruktive Lungenerkrankungen	28 44,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	28 44,4 %
	restriktive Lungenerkrankungen	0 0,0 %	25 39,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	25 39,7 %
	pulmonale Hypertension	1 1,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,6 %
	zystische Fibrose	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,6 %	6 9,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	7 11,1 %
	andere	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,6 %	0 0,0 %	1 1,6 %	0 0,0 %	2 3,2 %
Gesamt		29 46,0 %	25 39,7 %	2 3,2 %	6 9,5 %	1 1,6 %	0 0,0 %	63 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	60/63	95,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/63	4,8 %

3.2.2 Datenfeld 11: Blutgruppe

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte					Gesamt
		A	B	0	AB	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	A	28 44,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	28 44,4 %
	B	0 0,0 %	9 14,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 14,3 %
	0	0 0,0 %	0 0,0 %	21 33,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	21 33,3 %
	AB	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	5 7,9 %	0 0,0 %	5 7,9 %
Gesamt		28 44,4 %	9 14,3 %	21 33,3 %	5 7,9 %	0 0,0 %	63 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	63/63	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/63	0,0 %

3.2.3 Datenfeld 13: Dringlichkeit

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, die eine Herz-Lungen-Transplantation (HLT_x) erhalten haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	3	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	2	66,7 %

		in Patientenakte				Gesamt
		High Urgency	urgent	elektiv	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	High Urgency	1 33,3 %	1 33,3 %	0 0,0 %	1 33,3 %	3 100,0 %
	urgent	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	elektiv	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		1 33,3 %	1 33,3 %	0 0,0 %	1 33,3 %	3 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/2	50,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/2	50,0 %

3.2.4 Datenfeld 14: LAS (Lung Allocation Score)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, die eine uni- oder eine bilaterale Transplantation (SLTx, DLT_x) erhalten haben und bei denen eine freiwillige Angabe erfolgt ist

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	43	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	43/43	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	35/43	81,4 %

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

3.2.5 Datenfeld 15: thorakale Voroperation

Grundgesamtheit:

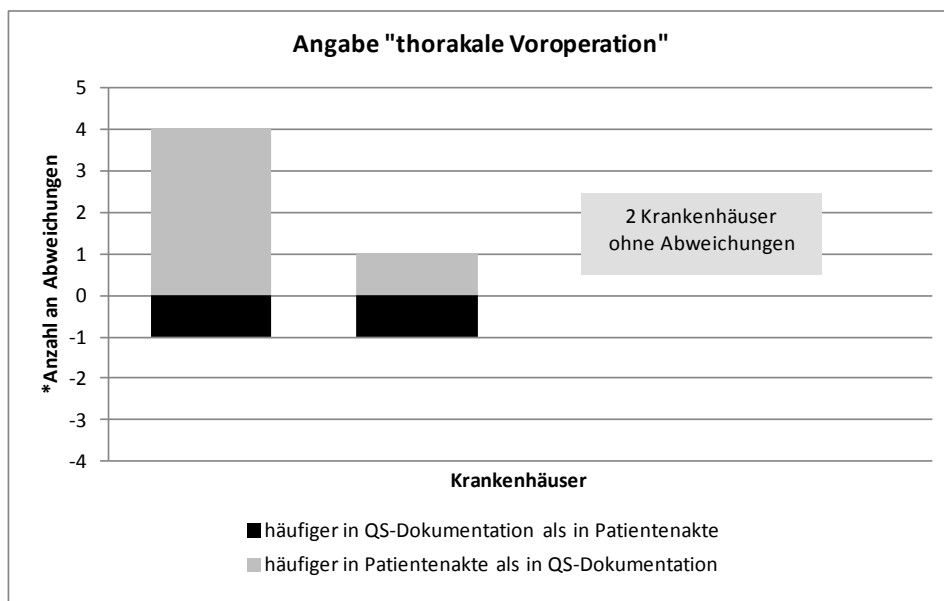
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	5 7,9 %	2 3,2 %	0 0,0 %	7 11,1 %
	nein	5 7,9 %	51 81,0 %	0 0,0 %	56 88,9 %
Gesamt		10 15,9 %	53 84,1 %	0 0,0 %	63 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	56/63	88,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/63	11,1 %
Sensitivität	5/10	50,0 %
Spezifität	51/53	96,2 %
positiv prädiktiver Wert	5/7	71,4 %
negativ prädiktiver Wert	51/56	91,1 %



3.2.6 Datenfeld 16: Beatmung präoperativ

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	62	98,4 %

		in Patientenakte					Gesamt
		nicht-invasive Beatmung	invasive Beatmung	extrakorporale Membranoxygenation (ECMO, ECLA)	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	nicht-invasive Beatmung	11 17,5 %	0 0,0 %	1 1,6 %	2 3,2 %	0 0,0 %	14 22,2 %
	invasive Beatmung	0 0,0 %	1 1,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,6 %
	extrakorporale Membranoxygenation (ECMO, ECLA)	0 0,0 %	0 0,0 %	6 9,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	6 9,5 %
	nein	8 12,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	33 52,4 %	1 1,6 %	42 66,7 %
Gesamt		19 30,2 %	1 1,6 %	7 11,1 %	35 55,6 %	1 1,6 %	63 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	51/62	82,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11/62	17,7 %

3.2.7 Datenfeld 25: SpenderID

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	63	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	63/63	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	62/63	98,4 %

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

3.2.8 Datenfeld 26: Spenderalter

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen eine freiwillige Angabe erfolgt ist

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	49	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	49/49	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	49/49	100,0 %

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

3.2.9 Datenfeld 27: Blutgruppe

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte					Gesamt
		A	B	0	AB	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	A	24 38,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	24 38,1 %
	B	0 0,0 %	9 14,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 14,3 %
	0	0 0,0 %	0 0,0 %	26 41,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	26 41,3 %
	AB	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 6,3 %	0 0,0 %	4 6,3 %
Gesamt		24 38,1 %	9 14,3 %	26 41,3 %	4 6,3 %	0 0,0 %	63 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	63/63	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/63	0,0 %

3.2.10 Datenfeld 28: Beatmungsdauer

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	63	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	1	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	62/62	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	44/62	71,0 %

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

3.2.11 Datenfeld 29: Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	62	98,4 %

		in Patientenakte				Gesamt
		gut	mittel	schlecht	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	gut	47 74,6 %	4 6,3 %	0 0,0 %	1 1,6 %	52 82,5 %
	mittel	3 4,8 %	8 12,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	11 17,5 %
	schlecht	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		50 79,4 %	12 19,0 %	0 0,0 %	1 1,6 %	63 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	55/62	88,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/62	11,3 %

3.2.12 Datenfeld 35: Transplantationsart

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte				Gesamt
		unilaterale Transplantation (SLTx)	bilaterale Transplantation (DLTx)	Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	unilaterale Transplantation (SLTx)	14 22,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	14 22,2 %
	bilaterale Transplantation (DLTx)	0 0,0 %	46 73,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	46 73,0 %
	Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	0 0,0 %	0 0,0 %	3 4,8 %	0 0,0 %	3 4,8 %
Gesamt		14 22,2 %	46 73,0 %	3 4,8 %	0 0,0 %	63 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	63/63	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/63	0,0 %

3.2.13 Datenfeld 36: simultane Operationen

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte					Gesamt
		keine	weitere Transplantation	kardialer Eingriff	kontralateraler Lungeneingriff	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	keine	63 100,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	63 100,0 %
	weitere Transplantation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	kardialer Eingriff	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	kontralateraler Lungeneingriff	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	63 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	63/63	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/63	0,0 %

3.2.14 Datenfeld 37: Gesamtischämiezeit

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	63	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	63/63	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	46/63	73,0 %

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

3.2.15 Datenfeld 45: Patient bei Entlassung tracheotomiert**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, die lebend entlassen wurden

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	57	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	57	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	4 7,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 7,0 %
	nein	1 1,8 %	52 91,2 %	0 0,0 %	53 93,0 %
Gesamt		5 8,8 %	52 91,2 %	0 0,0 %	57 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	56/57	98,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/57	1,8 %
Sensitivität	4/5	80,0 %
Spezifität	52/52	100,0 %
positiv prädiktiver Wert	4/4	100,0 %
negativ prädiktiver Wert	52/53	98,1 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch ein Krankenhaus bedingt.

3.2.16 Datenfeld 46: FEV1**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, die lebend entlassen wurden und bei Entlassung nicht tracheotomiert wurden

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	52	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	1	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	51/51	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	39/51	76,5 %

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

3.2.17 Datenfeld 49: Entlassungsgrund (Tod)**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	6 9,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	6 9,5 %
	nein	0 0,0 %	57 90,5 %	0 0,0 %	57 90,5 %
Gesamt		6 9,5 %	57 90,5 %	0 0,0 %	63 100,0 %

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	63/63	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/63	0,0 %
Sensitivität	6/6	100,0 %
Spezifität	57/57	100,0 %
positiv prädiktiver Wert	6/6	100,0 %
negativ prädiktiver Wert	57/57	100,0 %

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

4.1.1 Verstetigte Auffälligkeitskriterien

Leistungsbereich	AK-ID	Bezeichnung
09/1	813070	Häufig führendes Symptom „sonstiges“
09/1	813071	Häufig führende Indikation „sonstiges“
09/4	850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
09/4	850315	Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“
09/4	850316	Häufige Angabe von ASA 4
09/4	850317	Häufige Angabe von ASA 5
12/1	850189	Nie Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen
12/1	850192	Keine Reinterventionen
15/1	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“
15/1	850312	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
16/1	850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
16/1	850319	Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess
16/1	850320	Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht
17/1	813191	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
17/2	813129	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
17/2	813126	ASA 5 bei elektiven Eingriffen
17/3	850204	Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“
17/3	850205	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
17/5	813130	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
17/5	813128	ASA 5 bei elektiven Eingriffen
18/1	813068	Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie
18/1	813069	Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie
HCH-KCH	813165	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
HCH-KCH	815002	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-KCH	850324	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
HCH-AORT-CHIR	811809	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

Leistungsbereich	AK-ID	Bezeichnung
HCH-AORT-CHIR	815005	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-AORT-CHIR	850322	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
HCH-AORT-KATH	850282	Risikoadjustierung nach dem AKL Score vermehrt nicht möglich
HCH-AORT-KATH	850288	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-AORT-KATH	850323	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
HCH-KOMB	850325	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

4.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

Leistungsbereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09/1	813070	6	0 (0,0 %)	2 (33,3 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/1	813071	7	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)	5 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850313	27	0 (0,0 %)	6 (22,2 %)	21 (77,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850315	19	0 (0,0 %)	4 (21,1 %)	15 (78,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (10,5 %)
09/4	850316	37	0 (0,0 %)	9 (24,3 %)	28 (75,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (5,4 %)
09/4	850317	15	1 (6,7 %)	2 (13,3 %)	12 (80,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)
12/1	850189	52	0 (0,0 %)	6 (11,5 %)	46 (88,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850192	109	0 (0,0 %)	39 (35,8 %)	69 (63,3 %)	1 (0,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15/1	811823	25	0 (0,0 %)	4 (16,0 %)	21 (84,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (8,0 %)
15/1	850312	34	0 (0,0 %)	2 (5,9 %)	32 (94,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (5,9 %)
16/1	850318	45	1 (2,2 %)	6 (13,3 %)	38 (84,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (11,1 %)
16/1	850319	47	0 (0,0 %)	6 (12,8 %)	41 (87,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (6,4 %)	0 (0,0 %)
16/1	850320	12	0 (0,0 %)	2 (16,7 %)	10 (83,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	813191	7	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)	5 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	813129	15	0 (0,0 %)	6 (40,0 %)	9 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (20,0 %)
17/2	813126	16	0 (0,0 %)	6 (37,5 %)	10 (62,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/3	850204	104	0 (0,0 %)	18 (17,3 %)	86 (82,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (8,7 %)
17/3	850205	5	0 (0,0 %)	3 (60,0 %)	2 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	813130	13	0 (0,0 %)	5 (38,5 %)	8 (61,5 %)	0 (0,0 %)	1 (7,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	813128	9	0 (0,0 %)	2 (22,2 %)	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
18/1	813068	30	0 (0,0 %)	3 (10,0 %)	27 (90,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (13,3 %)
18/1	813069	39	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	39 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,6 %)

Leistungsbereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
HCH-KCH	813165	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KCH	815002	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KCH	850324	0	-	-	-	-	-	-	-
HCH-AORT-CHIR	811809	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-CHIR	815005	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-CHIR	850322	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850282	13	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	13 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850288	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850323	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KOMB	850325	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt		709	2 (0,3 %)	135 (19,0 %)	571 (80,5 %)	1 (0,1 %)	3 (0,4 %)	3 (0,4 %)	31 (4,4 %)

4.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	64	0 (0,0 %)	11 (17,1 %)	53 (82,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	130	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	130 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (2,3 %)	0 (0,0 %)
Berlin	38	0 (0,0 %)	6 (15,8 %)	32 (84,2 %)	0 (0,0 %)	1 (2,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	19	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	19 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	12	0 (0,0 %)	1 (8,3 %)	11 (91,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	53	1 (1,9 %)	0 (0,0 %)	52 (98,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	15	1 (6,7 %)	0 (0,0 %)	14 (93,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	68	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	68 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (4,4 %)
Nordrhein-Westfalen	161	0 (0,0 %)	67 (41,6 %)	94 (58,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	28 (17,4 %)
Rheinland-Pfalz	32	0 (0,0 %)	29 (90,6 %)	3 (9,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (75,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	27	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	27 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	19	0 (0,0 %)	7 (36,8 %)	12 (63,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	17	0 (0,0 %)	14 (82,4 %)	3 (17,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	36	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	36 (100,0 %)	0 (0,0 %)	2 (5,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	709	2 (0,3 %)	135 (19,0 %)	571 (80,5 %)	1 (0,1 %)	3 (0,4 %)	3 (0,4 %)	31 (4,4 %)

4.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
09/1	813070	4	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/1	813071	5	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850313	21	2 (9,5 %)	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)	14 (66,7 %)	0 (0,0 %)	1 (4,8 %)	0 (0,0 %)	1 (4,8 %)
09/4	850315	15	2 (13,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (66,7 %)	0 (0,0 %)	2 (13,3 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)
09/4	850316	28	17 (60,7 %)	0 (0,0 %)	1 (3,6 %)	10 (35,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850317	12	3 (25,0 %)	0 (0,0 %)	2 (16,7 %)	7 (58,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850189	46	26 (56,5 %)	0 (0,0 %)	1 (2,2 %)	15 (32,6 %)	4 (8,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850192	69	48 (69,6 %)	0 (0,0 %)	1 (1,4 %)	15 (21,7 %)	3 (4,3 %)	0 (0,0 %)	2 (2,9 %)	0 (0,0 %)
15/1	811823	21	4 (19,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,8 %)	11 (52,4 %)	2 (9,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)
15/1	850312	32	22 (68,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (25,0 %)	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,1 %)
16/1	850318	38	13 (34,2 %)	0 (0,0 %)	3 (7,9 %)	21 (55,3 %)	1 (2,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850319	41	18 (43,9 %)	0 (0,0 %)	8 (19,5 %)	8 (19,5 %)	3 (7,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (9,8 %)
16/1	850320	10	9 (90,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	813191	5	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)
17/2	813129	9	6 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	813126	10	3 (30,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	5 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)
17/3	850204	86	36 (41,9 %)	2 (2,3 %)	7 (8,1 %)	39 (45,3 %)	1 (1,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,2 %)
17/3	850205	2	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	813130	8	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	813128	7	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)
18/1	813068	27	4 (14,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	20 (74,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (11,1 %)
18/1	813069	39	19 (48,7 %)	0 (0,0 %)	7 (17,9 %)	7 (17,9 %)	0 (0,0 %)	3 (7,7 %)	0 (0,0 %)	3 (7,7 %)

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
HCH-KCH	813165	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KCH	815002	4	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KCH	850324	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HCH-AORT-CHIR	811809	1	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-CHIR	815005	4	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-CHIR	850322	5	4 (80,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850282	13	4 (30,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (69,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850288	4	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850323	2	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KOMB	850325	2	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt		571	263 (46,1 %)	2 (0,4 %)	36 (6,3 %)	225 (39,4 %)	15 (2,6 %)	8 (1,4 %)	2 (0,4 %)	20 (3,5 %)

4.1.5 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	53	23 (43,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	30 (56,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	130	67 (51,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	54 (41,5 %)	7 (5,4 %)	1 (0,8 %)	0 (0,0 %)	1 (0,8 %)
Berlin	32	11 (34,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	20 (62,5 %)	1 (3,14 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	19	13 (68,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (31,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)
Hamburg	11	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	8 (72,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	52	18 (34,6 %)	0 (0,0 %)	1 (1,9 %)	24 (46,1 %)	7 (13,5 %)	0 (0,0 %)	2 (3,8 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	14	4 (28,6 %)	0 (0,0 %)	5 (35,7 %)	3 (21,4 %)	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	68	50 (73,5 %)	0 (0,0 %)	5 (7,4 %)	13 (19,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	94	35 (37,2 %)	0 (0,0 %)	9 (9,6 %)	37 (39,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	13 (13,8 %)
Rheinland-Pfalz	3	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)
Sachsen	27	7 (25,9 %)	0 (0,0 %)	8 (29,6 %)	9 (33,3 %)	0 (0,0 %)	2 (7,4 %)	0 (0,0 %)	1 (3,7 %)
Sachsen-Anhalt	12	9 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (25,0 %)
Schleswig-Holstein	11	2 (18,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (63,6 %)	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	3	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	36	21 (58,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	15 (41,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	571	263 (46,1 %)	2 (0,4 %)	36 (6,3 %)	225 (39,4 %)	15 (2,6 %)	8 (1,4 %)	2 (0,4 %)	20 (3,5 %)

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

5.1 Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

5.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leistungs- bereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09/1	850097	19	0 (0,0 %)	3 (15,8 %)	16 (84,2 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)
09/2	850164	13	0 (0,0 %)	7 (53,8 %)	6 (46,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/3	850166	47	0 (0,0 %)	17 (36,2 %)	30 (63,8 %)	0 (0,0 %)	1 (2,1 %)	0 (0,0 %)	2 (4,3 %)
09/4	850193	12	0 (0,0 %)	5 (41,7 %)	7 (58,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (8,3 %)
09/5	850196	12	1 (8,3 %)	8 (66,7 %)	3 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/6	850197	15	0 (0,0 %)	9 (60,0 %)	6 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	850085	19	0 (0,0 %)	4 (21,1 %)	15 (78,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850168	14	0 (0,0 %)	5 (35,7 %)	9 (64,3 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15/1	850099	29	0 (0,0 %)	18 (62,1 %)	11 (37,9 %)	0 (0,0 %)	1 (3,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850081	7	0 (0,0 %)	5 (71,4 %)	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	850091	30	0 (0,0 %)	15 (50,0 %)	15 (50,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	850089	28	0 (0,0 %)	9 (32,1 %)	19 (67,9 %)	0 (0,0 %)	1 (3,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/3	850170	49	0 (0,0 %)	20 (40,8 %)	29 (59,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	850083	14	0 (0,0 %)	5 (35,7 %)	9 (64,3 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/7	850172	22	1 (4,5 %)	7 (31,8 %)	14 (63,6 %)	0 (0,0 %)	1 (4,5 %)	0 (0,0 %)	1 (4,5 %)
18/1	850093	21	0 (0,0 %)	10 (47,6 %)	11 (52,4 %)	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)	1 (4,8 %)	1 (4,7 %)
21/3	850087	24	0 (0,0 %)	8 (33,3 %)	16 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (12,5 %)
DEK	850095	110	1 (0,9 %)	39 (35,5 %)	70 (63,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

Leistungs- bereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
NEO	850199	25	0 (0,0 %)	10 (40,0 %)	15 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,0 %)
PNEU	850101	28	0 (0,0 %)	7 (25,0 %)	21 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH	850253	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HTX	850239	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LLS	850241	0	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850243	0	-	-	-	-	-	-	-
LUTX	850245	0	-	-	-	-	-	-	-
NLS	850247	0	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850255	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt		544	3 (0,5 %)	211 (38,8 %)	330 (60,7 %)	0 (0,0 %)	12 (2,2 %)	1 (0,2 %)	10 (1,8 %)

5.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	54	0 (0,0 %)	32 (59,3 %)	22 (40,7 %)	0 (0,0 %)	1 (1,9 %)	0 (0,0 %)	2 (3,7 %)
Bayern	143	0 (0,0 %)	19 (13,3 %)	124 (86,7 %)	0 (0,0 %)	9 (6,3 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)
Berlin	17	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	17 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	2	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	8	0 (0,0 %)	4 (50,0 %)	4 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	36	0 (0,0 %)	22 (61,1 %)	14 (38,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	6	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	56	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	56 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	131	0 (0,0 %)	107 (81,7 %)	24 (18,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (5,3 %)
Rheinland-Pfalz	15	0 (0,0 %)	9 (60,0 %)	6 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	24	0 (0,0 %)	2 (8,3 %)	22 (91,7 %)	0 (0,0 %)	1 (4,2 %)	0 (0,0 %)	1 (4,2 %)
Sachsen-Anhalt	16	2 (12,5 %)	1 (6,3 %)	13 (81,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	3	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	16	0 (0,0 %)	10 (62,5 %)	6 (37,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	544	3 (0,5 %)	211 (38,8 %)	330 (60,7 %)	0 (0,0 %)	12 (2,2 %)	1 (0,2 %)	10 (1,8 %)

5.1.3 Ergebnisse pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
09/1	850097	16	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	13 (81,3 %)	1 (6,3 %)	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)
09/2	850164	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)
09/3	850166	30	1 (3,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	26 (86,7 %)	0 (0,0 %)	3 (10,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850193	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (85,7 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/5	850196	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/6	850197	6	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (50,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)
10/2	850085	15	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (26,7 %)	9 (60,0 %)	1 (6,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)
12/1	850168	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (77,7 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
15/1	850099	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850081	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	850091	15	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (93,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)
17/2	850089	19	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)	12 (63,2 %)	2 (10,5 %)	2 (10,5 %)	0 (0,0 %)	2 (10,5 %)
17/3	850170	29	1 (3,4 %)	0 (0,0 %)	1 (3,4 %)	19 (65,5 %)	1 (3,4 %)	3 (10,3 %)	0 (0,0 %)	4 (13,8 %)
17/5	850083	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (22,2 %)
17/7	850172	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	12 (85,7 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
18/1	850093	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	6 (54,5 %)	2 (18,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)
21/3	850087	16	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)	13 (81,3 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
DEK	850095	70	2 (2,9 %)	0 (0,0 %)	11 (15,7 %)	48 (68,6 %)	3 (4,3 %)	4 (5,7 %)	0 (0,0 %)	2 (2,9 %)
NEO	850199	15	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	12 (80,0 %)	1 (6,7 %)	2 (13,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
PNEU	850101	21	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (9,5 %)	15 (71,4 %)	1 (4,8 %)	1 (4,8 %)	0 (0,0 %)	2 (9,5 %)
HCH	850253	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HTX	850239	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
LLS	850241	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850243	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LUTX	850245	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NLS	850247	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850255	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt		330	6 (1,8 %)	0 (0,0 %)	23 (7,0 %)	247 (74,8 %)	14 (4,2 %)	20 (6,1 %)	0 (0,0 %)	20 (6,1 %)

5.1.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	22	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	21 (95,5 %)	1 (4,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	124	1 (0,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	118 (95,2 %)	5 (4,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	17	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)	2 (11,8 %)	13 (76,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)	1 (14,3 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)
Bremen	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	14	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (64,3 %)	2 (14,3 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
Mecklenburg-Vorpommern	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)
Niedersachsen	56	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (17,9 %)	46 (82,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	24	1 (4,2 %)	0 (0,0 %)	5 (20,8 %)	10 (41,7 %)	0 (0,0 %)	2 (8,3 %)	0 (0,0 %)	6 (25,0 %)
Rheinland-Pfalz	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	4	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)
Sachsen	22	1 (4,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (63,6 %)	3 (13,6 %)	1 (4,5 %)	0 (0,0 %)	3 (13,6 %)
Sachsen-Anhalt	13	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (23,1 %)	4 (30,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (46,1 %)
Schleswig-Holstein	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	5 (83,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	330	6 (1,8 %)	0 (0,0 %)	23 (7,0 %)	247 (74,8 %)	14 (4,2 %)	20 (6,1 %)	0 (0,0 %)	20 (6,1 %)

5.2 Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

5.2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leistungs- bereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09/1	850098	7	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/2	850165	13	0 (0,0 %)	4 (30,8 %)	9 (69,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/3	850167	3	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850194	2	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/5	850195	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/6	850198	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	850086	2	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850169	8	0 (0,0 %)	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15/1	850100	8	0 (0,0 %)	2 (25,0 %)	6 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850082	3	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	850092	25	0 (0,0 %)	11 (44,0 %)	14 (56,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	850090	8	0 (0,0 %)	6 (75,0 %)	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/3	850171	15	0 (0,0 %)	10 (66,7 %)	5 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	850084	8	0 (0,0 %)	5 (62,5 %)	3 (37,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)
17/7	850173	5	0 (0,0 %)	4 (80,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
18/1	850094	5	0 (0,0 %)	4 (80,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
21/3	850088	15	0 (0,0 %)	4 (26,7 %)	11 (73,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
DEK	850096	17	0 (0,0 %)	5 (29,4 %)	12 (70,6 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)
NEO	850200	16	0 (0,0 %)	2 (12,5 %)	14 (87,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)
PNEU	850102	30	0 (0,0 %)	11 (36,7 %)	19 (63,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH	850254	0	-	-	-	-	-	-	-

Leistungs- bereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
HTX	850240	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LLS	850242	0	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850244	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LUTX	850246	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
NLS	850248	0	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850256	0	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		199	0 (0,0 %)	81 (40,7 %)	118 (59,3 %)	0 (0,0 %)	3 (1,5 %)	0 (0,0 %)	3 (1,5 %)

5.2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	20	0 (0,0 %)	13 (65 %)	7 (35 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	37	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	37 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	2	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	17	0 (0,0 %)	6 (35,3 %)	11 (64,7 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)
Mecklenburg-Vorpommern	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	57	0 (0,0 %)	50 (87,7 %)	7 (12,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (3,5 %)
Rheinland-Pfalz	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	0	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	10	0 (0,0 %)	10 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	3	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	199	0 (0,0 %)	81 (40,7 %)	118 (59,3 %)	0 (0,0 %)	3 (1,5 %)	0 (0,0 %)	3 (1,5 %)

5.2.3 Ergebnisse pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
09/1	850098	3	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)
09/2	850165	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
09/3	850167	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850194	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/5	850195	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/6	850198	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	850086	0	-	-	-	-	-	-	-	-
12/1	850169	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)
15/1	850100	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)
16/1	850082	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	850092	14	2 (14,3 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	9 (64,3 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
17/2	850090	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/3	850171	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	850084	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/7	850173	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
18/1	850094	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
21/3	850088	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (90,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)
DEK	850096	12	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (83,3 %)	1 (8,3 %)	1 (8,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
NEO	850200	14	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	10 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)
PNEU	850102	19	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)	17 (89,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)
HCH	850253	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HTX	850239	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
LLS	850241	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850243	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LUTX	850245	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
NLS	850247	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850255	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		118	4 (3,4 %)	0 (0,0 %)	5 (4,2 %)	95 (80,5 %)	1 (0,8 %)	4 (3,4 %)	0 (0,0 %)	9 (7,6 %)

5.2.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	7	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	37	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	37 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (81,8 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)
Mecklenburg-Vorpommern	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	7	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)
Rheinland-Pfalz	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	11 (78,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
Sachsen-Anhalt	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (83,3 %)
Thüringen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	118	4 (3,4 %)	0 (0,0 %)	5 (4,2 %)	95 (80,5 %)	1 (0,8 %)	4 (3,4 %)	0 (0,0 %)	9 (7,6 %)

5.3 Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

5.3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leitungs- bereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09/1	850217	8	0 (0,0 %)	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/2	850218	2	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/3	850219	12	0 (0,0 %)	6 (50,0 %)	6 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850220	4	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/5	850221	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/6	850222	8	0 (0,0 %)	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	850223	11	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	9 (81,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850224	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15/1	850225	4	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	1 (25,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850226	0	-	-	-	-	-	-	-
18/1	850227	14	0 (0,0 %)	4 (28,6 %)	9 (64,3 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
21/3	850228	5	0 (0,0 %)	4 (80,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
PNEU	850229	21	0 (0,0 %)	9 (42,9 %)	12 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
DEK	850230	2	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH	850281	0	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		95	0 (0,0 %)	38 (40,0 %)	55 (57,9 %)	2 (2,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

5.3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	15	0 (0,0 %)	6 (40,0 %)	7 (46,7 %)	2 (13,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	8	0 (0,0 %)	6 (75,0 %)	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	0	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	0	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	13	0 (0,0 %)	2 (15,4 %)	11 (84,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	0	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	27	0 (0,0 %)	22 (81,5 %)	5 (18,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Rheinland-Pfalz	3	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	0	-	-	-	-	-	-	-
AQUA-Institut	0	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	95	0 (0,0 %)	38 (40,0 %)	55 (57,9 %)	2 (2,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

5.3.3 Ergebnisse pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
09/1	850217	5	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/2	850218	0	-	-	-	-	-	-	-	-
09/3	850219	6	3 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850220	2	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/5	850221	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/6	850222	5	2 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	850223	9	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850224	3	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15/1	850225	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)
16/1	850226	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18/1	850227	9	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
21/3	850228	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
DEK	850230	12	8 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
PNEU	850229	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH	850281	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		55	34 (61,8 %)	0 (0,0 %)	2 (3,6 %)	15 (27,3 %)	2 (3,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (3,6 %)

5.3.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	7	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	4	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	2	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	11	6 (54,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (36,4 %)	1 (9,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	9	6 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	5	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)
Rheinland-Pfalz	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	5	4 (80,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	2	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)
Schleswig-Holstein	6	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AQUA-Institut	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	55	34 (61,8 %)	0 (0,0 %)	2 (3,6 %)	15 (27,3 %)	2 (3,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (3,6 %)

5.4 Weitere Auffälligkeitskriterien

5.4.1 Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850289: Unterdokumentation endovaskulär
- AK-ID 850291: Unterdokumentation transapikal
- AK-ID 850292: Überdokumentation transapikal

	AK-ID 850289	AK-ID 850291	AK-ID 850292	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	≤ 110 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	97	97	97	97
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	9	6	5	20
Maßnahmen				
Hinweise	1	0	0	1
Stellungnahmen	8	6	5	19
Weiterführende Maßnahmen				
Anlass für Besprechungen	2	0	0	2
Anlass für Begehungen	0	0	0	0
Ergebnisse				
Hinweis [H20]	1	0	0	1
Korrekte Dokumentation [U30]	0	1	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	8	5	5	18

5.4.1 Herztransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850259: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850295: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850259	AK-ID 850295	Gesamt
Referenzbereiche	≥95 %	≤5 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	22	22	22
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	1	4
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	3	1	4
Weiterführende Maßnahmen			
Anlass für Besprechungen	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0
Ergebnisse			
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	3	1	4

5.4.2 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

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

	AK-ID 850303	Gesamt
Referenzbereiche	≥95 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	15	15
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1
Maßnahmen		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	1	1
Weiterführende Maßnahmen		
Anlass für Besprechungen	0	0
Anlass für Begehungen	0	0
Ergebnisse		
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	1	1

5.4.3 Lebertransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

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

	AK-ID 850263	AK-ID 850264	AK-ID 850265	AK-ID 850301	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	≥ 95 %	≤ 5 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	24	24	23	23	24
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	3	3	2	9
Maßnahmen					
Hinweise	1	3	1	0	5
Stellungnahmen	0	0	2	2	4
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Hinweis [H20/H99]	1	3	1	0	5
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	0	2	2	4

5.4.4 Leberlebenspende

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850261: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850262: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850261	AK-ID 850262	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	11	11	11
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	2	3
Maßnahmen			
Hinweise	1	2	3
Stellungnahmen	0	0	0
Weiterführende Maßnahmen			
Anlass für Besprechungen	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0
Ergebnisse			
Hinweis [H20/H99]	1	2	3

5.4.5 Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850278: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850279: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850280: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850310: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850278	AK-ID 850279	AK-ID 850280	AK-ID 850310	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	≥ 95 %	≤ 5 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	40	40	39	39	40
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	2	7	3	13
Maßnahmen					
Hinweise	1	0	1	0	2
Stellungnahmen	0	2	6	3	11
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Hinweise [H20/H99]	1	0	1	0	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	2	6	3	11

5.4.6 Nierenlebenspende

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

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

	AK-ID 850269	AK-ID 850270	AK-ID 850271	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	≥ 95 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	37	40	38	40
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	4	5	4	13
Maßnahmen				
Hinweise	3	4	4	11
Stellungnahmen	1	1	0	2
Weiterführende Maßnahmen				
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0
Ergebnisse				
Hinweise [H20/H99]	3	4	4	11
Korrekte Dokumentation [U30]	1	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	1	0	1