



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zur Datenvalidierung 2016

Erfassungsjahr 2015

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Mai 2017

Impressum

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2016. Erfassungsjahr 2015

Autorinnen und Autoren:

Laura Nölke, Rainer Vogler, Axel Mertens

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. Mai 2017, geänderte Version vom 24. Juli 2017

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org
<http://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung	9
1 Einleitung.....	17
2 Methodik	19
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	20
2.1.1 Durchführung	21
2.1.2 Bewertung.....	22
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	23
3 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich.....	27
3.1 Pflege: Dekubitusprophylaxe	27
3.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung	27
3.1.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren	29
3.1.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich	33
3.2 Mammachirurgie.....	34
3.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung	34
3.2.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren	35
3.2.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich	42
3.3 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	42
3.3.1 Umfang der Stichprobenprüfung	42
3.3.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren	43
3.3.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich	47
4 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	49
4.1 Herzchirurgie.....	51
4.1.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	51
4.1.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	52
4.1.3 Koronarchirurgie, isoliert	54

4.1.4	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	56
4.2	Transplantationen.....	59
	Nierentransplantation.....	59
4.3	Herzschrittmacher und Defibrillatoren.....	59
	4.3.1 Herzschrittmacher-Implantation.....	59
	4.3.2 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	61
	4.3.3 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	62
4.4	Karotis-Revaskularisation.....	64
4.5	Orthopädie und Unfallchirurgie	65
	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	65
4.6	Perinatalmedizin	67
	Geburtshilfe	67
4.7	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	68
4.8	Mammachirurgie.....	69
4.9	Pflege: Dekubitusprophylaxe	72
5	Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	77
	5.1 Indirekte QS-Verfahren	80
	5.1.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation.....	80
	5.1.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation	83
	5.1.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz	86
	5.1.4 Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Orthopädie/Unfallchirurgie.....	89
	5.2 Direkte QS-Verfahren.....	91
	5.2.1 Herzchirurgie	91
	5.2.2 Transplantationen	92
	5.3 Erkenntnisse zu Gründen der Unter- und Überdokumentation	97
6	Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren.....	99
7	Fazit und Ausblick.....	105
	Glossar.....	108

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mengengerüst des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich EJ 2015	9
Tabelle 2: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich EJ 2015	10
Tabelle 3: Krankenhausstandorte mit und ohne Abweichungen – Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (EJ 2015).....	11
Tabelle 4: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit - alle QS-Verfahren (EJ 2015).....	12
Tabelle 5: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit - alle QS-Verfahren (EJ 2015)	13
Tabelle 6: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität	22
Tabelle 7: Umfang der Stichprobe für den Datenabgleich im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe	28
Tabelle 8: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe	29
Tabelle 9: Umfang der Stichprobe für den Datenabgleich im QS-Verfahren Mammachirurgie.	35
Tabelle 10: Ergebnis des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren Mammachirurgie	36
Tabelle 11: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	43
Tabelle 12: Ergebnisse zu den AKs der Plausibilität und Vollständigkeit – Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	51
Tabelle 13: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt).....	52
Tabelle 14: Ergebnisse der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Koronarchirurgie, isoliert	54
Tabelle 15: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit - Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	57
Tabelle 16: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Herzschrittmacher- Implantation.....	59
Tabelle 17: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Herzschrittmacher- Revision/-Systemwechsel/-Explantation	61
Tabelle 18: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	62
Tabelle 19: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Karotis- Revaskularisation	64
Tabelle 20: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	65
Tabelle 21: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Geburtshilfe	67
Tabelle 22: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	68

Tabelle 23: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Mammachirurgie	70
Tabelle 24: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Pflege:	
Dekubitusprophylaxe	73
Tabelle 25: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Unterdokumentation (EJ 2014 und 2015)	82
Tabelle 26: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Überdokumentation (EJ 2014 und 2015)	85
Tabelle 27: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Minimaldatensatz (EJ 2014 und 2015)	88
Tabelle 28: Ergebnisse der AKs zur Unterdokumentation in den Zählleistungsbereichen HEP und KEP	90
Tabelle 29: Ergebnisse der AKs zur Überdokumentation in den Zählleistungsbereichen HEP und KEP	90
Tabelle 30: Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen - Aortenklappenchirurgie, isoliert - kathetergestützt	92
Tabelle 31: Ergebnisse zur Vollzähligkeit und Vollständigkeit in den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren	93
Tabelle 32: Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen - Herztransplantation/Kunsterzen	96
Tabelle 33: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren (alle QS- Verfahren): Dokumentationsprobleme im EJ 2014 und 2015	99
Tabelle 34: Qualitätsindikatoren mit den meisten Dokumentationsproblemen (EJ 2015) (Anteil der Bewertungen an den Stellungnahmen)	101
Tabelle 35: Qualitätsindikatoren mit den meisten Dokumentationsproblemen (EJ 2015) (absolute Zahl der Bewertungen)	102
Tabelle 36: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren - nach Versorgungsbereichen	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren nach Versorgungsbereichen/QS-Verfahren (EJ 2015)	15
Abbildung 2: Elemente des Datenvalidierungsverfahrens nach § 9 QSKH-RL (Stand EJ 2015) ..	19
Abbildung 3: Bestätigte Fehldokumentationen zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)	50
Abbildung 4: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Unterdokumentation unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015)	78
Abbildung 5: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Überdokumentation unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015)	79
Abbildung 6: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Minimaldatensatz unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015)	79
Abbildung 7: Rechnerische Auffälligkeiten AK Unterdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015)	81
Abbildung 8: Bestätigte Unterdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)	82
Abbildung 9: Rechnerische Auffälligkeiten AK Überdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015)	84
Abbildung 10: Bestätigte Überdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)	85
Abbildung 11: Rechnerische Auffälligkeiten AK Minimaldatensatz nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015)	87
Abbildung 12: Bestätigte Fehldokumentationen Minimaldatensatz nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)	88

Abkürzungsverzeichnis

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

Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der im Jahr 2016 durchgeführten Datenvalidierung der Daten zum Erfassungsjahr 2015 für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung dargestellt. Im Rahmen der Statistischen Basisprüfung wurde die Validität der übermittelten QS-Daten im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern überprüft. Dabei wurden die Ergebnisse von insgesamt 153 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit analysiert und bewertet. Im Zuge der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich wurde in drei ausgewählten QS-Verfahren bei einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und Fällen die Übereinstimmung der übermittelten QS-Daten mit den Angaben in den Patientenakten vor Ort geprüft.

Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

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

Tabelle 1: Mengengerüst des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich EJ 2015

QS-Verfahren	Anzahl geprüfter Standorte	Anzahl geprüfter Fälle	Geprüfte Datenfelder pro Fall
Pflege: Dekubitusprophylaxe	89	1.691	10
Mammachirurgie	45	800	23
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	4	80	32

In den geprüften Kliniken konnten Fehldokumentationen sowohl zu Gunsten als auch zu Ungunsten der Einrichtungen festgestellt werden, welche die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Risikoadjustierung zum Teil beeinflussen. Darunter war auch eine Unterdokumentation von Sentinel Events im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten zwischen den Angaben aus der Patientenakte und der QS-Dokumentation variierten bei einigen Datenfeldern stark. Als Konsequenz aus den Ergebnissen der Datenvalidierung wurden zum Teil Zielvereinbarungen mit Krankenhäusern abgeschlossen. Die Erkenntnisse zu Verständnisproblemen bei Datenfeldern und Verbesserungsvorschlägen für Ausfüllhinweise wurden an die zuständigen Bundesfachgruppen weitergeleitet. Die wichtigsten Ergebnisse der Zweiterfassung mit Datenabgleich sind in Tabelle 2 dargestellt. Die 4 geprüften Krankenhausstandorte im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* haben durchschnittlich in 23 der 32 geprüften Datenfelder eine Übereinstimmungsrate von 100 %. Im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* weisen die 89 geprüften Krankenhausstandorte

im Mittel in 6 der insgesamt 10 geprüften Datenfelder eine 100-prozentige Übereinstimmung auf. Die 45 geprüften Krankenhausstandorte im QS-Verfahren *Mammachirurgie* haben durchschnittlich in 13 der 23 geprüften Datenfelder eine Übereinstimmungsrate von 100 %. Weitere Ergebnisse zu den Übereinstimmungen bei den Krankenhausstandorten sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 2: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich EJ 2015

QS-Verfahren	Datenfelder mit den höchsten Abweichungen (Übereinstimmungsrate)	Mittlere Übereinstimmungsrate zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte (über alle Datenfelder) ¹
Pflege: Dekubitusprophylaxe	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus (88,6 %)	95,5 % (min: 84,8 %; max: 99,8 %)
	Seitenlokalisierung (84,4 %)	
	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? (90,4 %)	
Mammachirurgie	maligne Neoplasie (86,9 %)	90,8 % (min: 58,0 %; max: 100,0 %)
	Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes (67,1 %)	
	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren (87,8 %)	
	intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie (58,0 %)	
	pN (86,6 %)	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	ASA-Klassifikation (77,5 %)	95,5 % (min: 68,4 %; max: 100,0 %)
	NYHA-Klassifikation (68,4 %)	

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

Tabelle 3: Krankenhausstandorte mit und ohne Abweichungen – Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (EJ 2015)

QS-Verfahren	Standorte mit 100 % Übereinstimmung in jedem Datenfeld	Standorte mit 100% Übereinstimmung in einzelnen Datenfeldern	Standorte mit weniger als 100 % Übereinstimmung in jedem Datenfeld	Geprüfte Standorte insgesamt
Pflege: Dekubitusprophylaxe	3	86	1	89
Mammachirurgie	0	45	0	45
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	0	4	0	4

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2015 wiesen 714 Krankenhausstandorte in mindestens einem Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit eine rechnerische Auffälligkeit auf. 372 der Standorte, die um Abgabe einer Stellungnahme gebeten wurden, bestätigten auch zu mindestens einem AK Fehldokumentationen (vgl. Tabelle 4). In 28,1 % (n = 309) der insgesamt 1.099 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise verschickt und kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, sodass nicht beurteilt werden kann, ob hier tatsächlich Fehldokumentationen vorlagen.

Differenziert nach den QS-Verfahren zeigt sich für das EJ 2015, dass im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV) der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen an den Stellungnahmen am höchsten ist, während er im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* am niedrigsten ausfällt.

Tabelle 4: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit - alle QS-Verfahren (EJ 2015)

	Anzahl	Anteil
datenliefernde Standorte (alle QS-Verfahren)	1.834	-
Rechnerische Auffälligkeiten	1.099	-
Standorte mit mindestens einer rechnerischen Auffälligkeit	714	-
Standorte mit mindestens einer Bewertung A40 oder A99	372	-
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	1	0,1 %
Hinweise	309	28,1 %
Stellungnahmen	788	71,7 %
Sonstiges	1	0,1 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)		
Besprechungen	13	-
Begehungen	2	-
Zielvereinbarungen	46	-
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	189	24,0 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	498	63,2 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	21	2,7 %
Sonstiges (S91, S99)	60	7,6 %
Wiederholte Auffälligkeiten²		
Wiederholt/bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Standorte (Durchschnitt pro AK)	2,3 (Min: 0; Max: 16)	-
Wiederholt/bereits im Vorjahr Standorte mit Fehldokumentation (A40, A99) (Durchschnitt pro AK)	0,7 (Min: 0; Max: 5)	-

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

Im EJ 2015 waren 219 Standorte in mindestens einem QS-Verfahren aufgrund von Unterdokumentationen rechnerisch auffällig. 97 Krankenhausstandorte wiesen hinsichtlich einer Überdokumentation in mindestens einem QS-Verfahren eine rechnerische Auffälligkeit auf. Eine rechnerische Auffälligkeit in Bezug auf eine zu hohe Anzahl an Minimaldatensätzen hatten 68 Krankenhausstandorte in mindestens einem QS-Verfahren (vgl. Tabelle 5). Der Anteil der bestätigt zu viel, zu wenig oder fehlerhaft gelieferten Datensätze liegt beim AK Überdokumentation bei 92,0 % (n = 69); beim AK Unterdokumentation bei 77,8 % (n = 175) und beim AK zum Minimaldatensatz bei 42,5 % (n = 17). In durchschnittlich 40,6 % (n = 240) der rechnerischen Auffäll-

² Zunächst wurde je Auffälligkeitskriterium die Anzahl wiederholt auffälliger Standorte ermittelt. Dann wurde aus den Einzelergebnissen zu den AKs ein Durchschnittswert gebildet. Das Minimum stellt die minimale Anzahl wiederholt auffälliger Standorte in einem AK dar. Das Maximum stellt entsprechend die maximale Anzahl wiederholt auffälliger Standorte in einem AK dar.

ligkeiten bei den AKs zur Vollzähligkeit wurden Hinweise verschickt und kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, sodass nicht beurteilt werden kann, ob hier tatsächlich unvollzählige Dokumentationen vorlagen.

Differenziert nach QS-Verfahren zeigt sich in Bezug auf die Anteile der rechnerisch auffälligen Standorte unter den datenliefernden Standorten für das EJ 2015, dass im AK Unterdokumentation der höchste Anteil im QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* mit 18,0 % (n = 9 Standorte) vorliegt. Den niedrigsten Anteil an unterdokumentierenden Standorten weisen die QS-Verfahren *Nierenlebenspende* und *Leberlebenspende* mit 0 % auf. Beim AK zur Überdokumentation steht hingegen das QS-Verfahren *Nierenlebenspende* an erster Stelle mit einem Anteil rechnerisch auffälliger Standorte in Höhe von 2,6 % (n = 1 Standort). An letzter Stelle stehen die restlichen direkten QS-Verfahren mit jeweils 0 %. Für das AK zum Minimaldatensatz (MDS) zeigt sich, dass das QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* mit 1,6 % (n = 24 Standorte) den höchsten Anteil rechnerisch auffälliger Standorte aufweist. Keine rechnerisch auffälligen Standorte bzgl. des AK zum MDS weisen hingegen die QS-Verfahren des Versorgungsbereichs *Herzchirurgie*, das QS-Verfahren *Geburtshilfe* und das QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* auf.

Tabelle 5: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit - alle QS-Verfahren (EJ 2015)

	AK Unterdokumentation		AK Überdokumentation		AK Minimaldatensatz	
datenliefernde Standorte (alle QS-Verfahren)	1.834		1.834		1.834	
Rechnerische Auffälligkeiten	390		124		75	
Standorte mit mindestens einer rechnerischen Auffälligkeit	219		97		68	
Standorte mit mindestens einer Bewertung A40 oder A99	114		56		17	
Maßnahmen						
Keine Maßnahmen	8	(2,1 %)	1	(0,8 %)	0	(0,0 %)
Angeforderte Stellungnahmen	225	(57,7 %)	75	(60,5 %)	40	(53,3 %)
Hinweise	157	(40,3 %)	48	(38,7 %)	35	(46,7 %)
Sonstiges	0	(0,0 %)	0	(0,0 %)	0	(0,0 %)
Weiterführende Maßnahmen						
Besprechungen	2		0		0	
Begehungen	0		0		0	
Zielvereinbarungen	5		1		1	
Einstufungen						
Unvollzählige Dokumentation bestätigt (A40, A99)	175	(77,8 %)	69	(92,0 %)	17	(42,5 %)
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	8	(3,6 %)	0	(0,0 %)	1	(2,5 %)
Vollzählige Dokumentation bestätigt (U30, U99)	8	(3,6 %)	3	(4,0 %)	16	(40,0 %)

	AK Unterdokumentation	AK Überdokumentation	AK Minimaldatensatz
Sonstiges (S99, S91)	29 (12,9 %)	3 (4,0 %)	5 (12,5 %)
Wiederholte Auffälligkeiten			
Wiederholt/bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Standorte (Durchschnitt pro QS-Verfahren)	1,6 (Min: 0; Max: 10)	0,4 (Min: 0; Max: 3)	1,4 (Min: 0; Max: 13)
Wiederholt/bereits im Vorjahr Standorte mit Fehldokumentation (A40, A99) (Durchschnitt pro QS-Verfahren)	0,7 (Min: 0; Max: 3)	0,2 (Min: 0; Max: 1)	0,0

Ergebnisse zu den Dokumentationsproblemen bei den Qualitätsindikatoren

Der Anteil an Bewertungen mit D50, D51, D99 (= *Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation*) an den Stellungnahmen zu allen Qualitätsindikatoren liegt im EJ 2015 bei 16,9 %. Über alle Qualitätsindikatoren hinweg liegt der durchschnittliche Anteil an Bewertungen mit D50, D51, D99 an den Stellungnahmen pro QI bei 14,0 %. Dies bedeutet, dass bei durchschnittlich 14,0 % der rechnerischen Auffälligkeiten mit angeforderter Stellungnahme zu einem Qualitätsindikator keine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität möglich war. Die höchsten Anteile der rechnerischen Auffälligkeiten, bei denen keine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität aufgrund von Dokumentationsmängeln möglich war, finden sich in den Versorgungsbereichen/QS-Verfahren Pflege, Mammachirurgie, Pneumonie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Perinatalmedizin (vgl. Abbildung 1). Der Anteil der Bewertungen mit U33 (= *Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität, vereinzelte Dokumentationsprobleme*) an den Stellungnahmen zu allen Qualitätsindikatoren liegt im EJ 2015 bei 12,0 %. Bei einer nach Versorgungsbereichen differenzierten Betrachtung zeigt sich, dass die höchsten Anteile der vereinzelt dokumentierten Probleme (U33) an den rechnerischen Auffälligkeiten bei den Versorgungsbereichen Transplantationsmedizin, Gefäßchirurgie, Perinatalmedizin, Pflege und Gynäkologische Operationen vorlagen (vgl. Abbildung 1).

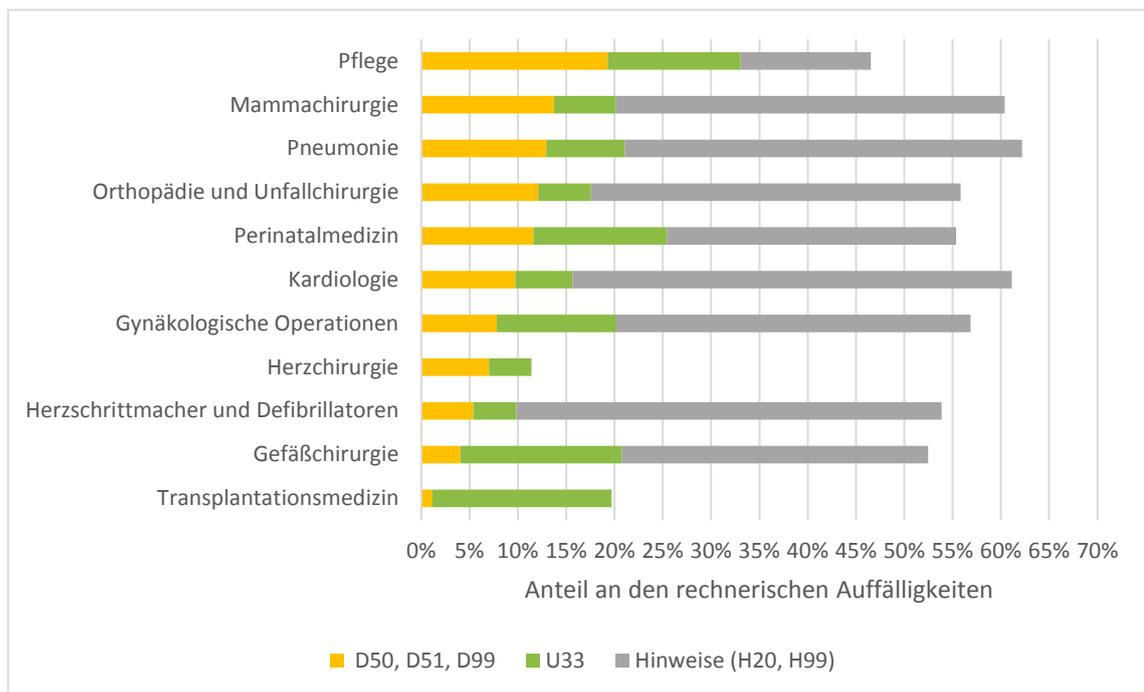


Abbildung 1: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren nach Versorgungsbereichen/QS-Verfahren (EJ 2015)

Fazit und Ausblick

Der Anteil bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2015: 63,2 %; EJ 2014: 50,0 %). Auch bei den Qualitätsindikatoren ist der Anteil der Bewertungen mit D50, D51 oder D99 an den Stellungnahmen gestiegen (EJ 2015: 16,9 %; EJ 2014: 14,9 %). In Bezug auf die AKs zur Vollständigkeit zeigt sich eine Abnahme bestätigter Fehldokumentationen beim AK zur Unterdokumentation (EJ 2015: 77,8 %; EJ 2014: 83,0 %). Jedoch ist der Anteil bei den AKs zur Überdokumentation (EJ 2015: 92,0 %; EJ 2014: 79,8 %) und zum Minimaldatensatz (EJ 2015: 42,5 %; EJ 2014: 23,8 %) angestiegen.

Sowohl bei den Auffälligkeitskriterien als auch den Qualitätsindikatoren gibt es Standorte, die zwei Jahre in Folge (EJ 2014 und 2015) Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog bestätigten: Zum Beispiel wurden im Durchschnitt pro Versorgungsbereich 43,3 Standorte wiederholt (EJ 2014 und 2015) mit D50, D51, D99 oder U33 in den Qualitätsindikatoren bewertet. Pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit hatten bis zu 5 Standorte wiederholt bestätigte Fehldokumentationen.

Die Anzahl wiederholt bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs und QIs sowie die zum Teil angestiegenen Anteile an Fehldokumentationen zeigen, dass weiterhin eine Validierung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung erforderlich ist und diese zukünftig umfassender, gezielter und konsequenter durchgeführt werden sollte. Dies setzt eine Weiterentwicklung des Datenvalidierungsverfahrens voraus, die aktuell vom IQTIG geplant wird. Insbesondere

durch die (zukünftige) Einführung regulativer Verfahren (planungsrelevante Qualitätsindikatoren und qualitätsorientierte Vergütung), welche auf die Daten der externen stationären Qualitätssicherung zurückgreifen, hat die Datenvalidierung an Bedeutung gewonnen.

1 Einleitung

Zum 1. Januar 2016 hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Aufgaben als Institut nach § 137a SGB V und somit die Verantwortlichkeit für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V übernommen. Der vorliegende Bericht über die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) bezieht sich auf die QS-Daten des Erfassungsjahres 2015. Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten³ und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich dazu fanden im Jahr 2016 statt.

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Datenvalidität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert (vgl. § 9 QSKH-RL). Im Jahr 2016 fand eine umfassende Datenvalidierung in den QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe, Mammachirurgie* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* statt. In diesen drei QS-Verfahren wurde anhand einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und Fällen ein Datenabgleich zwischen den Angaben aus der QS-Dokumentation und den Angaben aus den Patientenakten durchgeführt. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der QS-Daten auf Plausibilität und Vollständigkeit in allen QS-Verfahren, in denen dazu Auffälligkeitskriterien definiert sind. Die gelieferten Datensätze aller QS-Verfahren wurden des Weiteren im Hinblick auf ihre Vollzähligkeit überprüft.

Eine Neuerung im Erfassungsjahr 2015 war die Umstrukturierung innerhalb des Versorgungsbereichs Orthopädie und Unfallchirurgie, das die neuen QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung, Hüftendoprothesenversorgung* und *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* umfasst, sowie die Einführung des neuen direkten QS-Verfahrens *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme*. Da das QS-Verfahren *Cholezystektomie* seit dem Erfassungsjahr 2015 ausgesetzt ist, wird es im vorliegenden Bericht nicht behandelt.

Nach einer kurzen Darstellung der Elemente und Methodik des Datenvalidierungsverfahrens werden zunächst die Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich beschrieben. Im anschließenden Kapitel sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit dargestellt. Im Anschluss daran erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung in allen QS-Verfahren. Danach werden die Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren beschrieben. Im abschließenden Kapitel wird ein Fazit der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2015 formuliert und ein Ausblick gegeben, welche Neuerungen in Bezug auf das Datenvalidierungsverfahren anstehen.

Im vorliegenden Bericht wird die Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten und bestätigten Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität im Längsschnitt über zwei

³ Im vorliegenden Bericht werden die Bezeichnungen „Krankenhausstandorte“ und „Standorte“ synonym für Leistungserbringer nach der QSKH-RL verwendet.

Jahre ausgewertet.⁴ Dabei wird insbesondere betrachtet, welche Krankenhausstandorte wiederholt rechnerisch auffällig waren und/oder wiederholt Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog bestätigten.⁵

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

⁴ Zum Erfassungsjahr 2014 wurde die Auswertungseinheit von Krankenhaus auf Krankenhausstandort (entlassender Standort) umgestellt. Dies macht eine vergleichende Betrachtung der Ergebnisse zur Datenvalidität lediglich rückwirkend bis zum EJ 2014 möglich.

⁵ Bei Auffälligkeitskriterien, deren Rechenregeln in dem Ausmaß verändert wurden, dass die Ergebnisse des EJ 2015 nur „eingeschränkt vergleichbar“ mit den Ergebnissen des Vorjahres (EJ 2014) sind, ist dies bei der Darstellung der wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und der wiederholten Fehldokumentationen an den entsprechenden Stellen im Bericht vermerkt.

2 Methodik

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

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

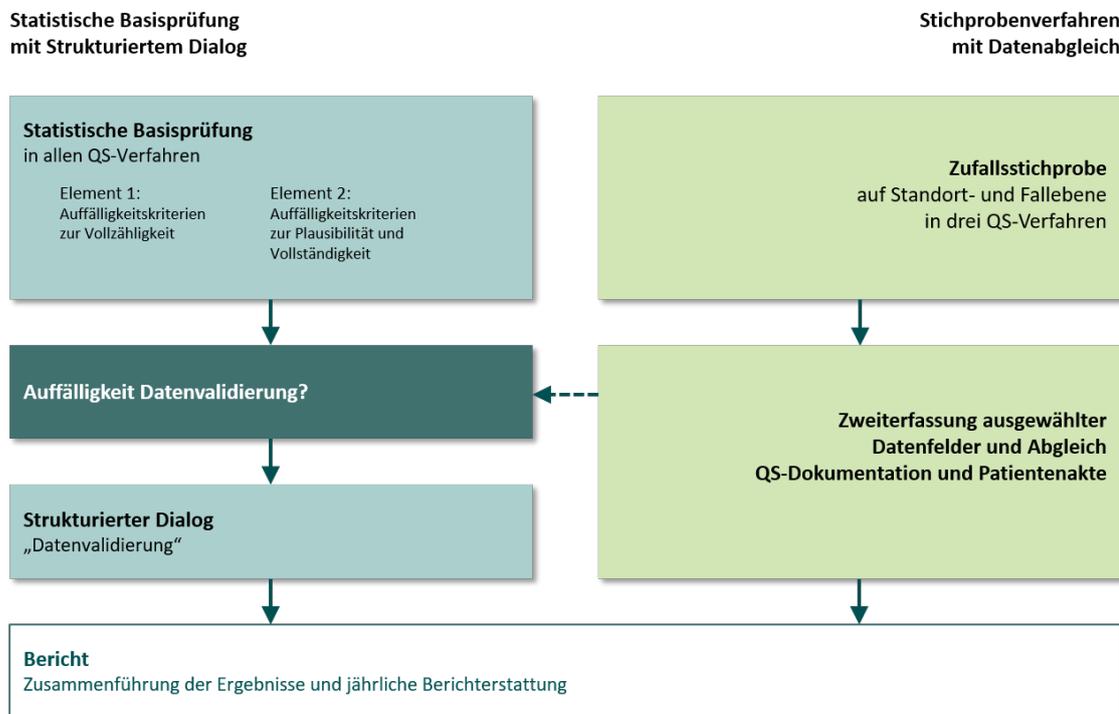


Abbildung 2: Elemente des Datenvalidierungsverfahrens nach § 9 QSKH-RL (Stand EJ 2015)

Datenprüfung bei Datenerfassung und -annahme

Die Spezifikationen zur Datenerfassung und -übermittlung für die externe Qualitätssicherung beinhalten Prüfungen zur Vollständigkeit der Datensätze und zur Plausibilität der Daten. Die Erfassungssoftware ist entsprechend der Spezifikationsvorgaben so konfiguriert, dass fehlende Werte bei verpflichtend auszufüllenden Datenfeldern (Muss-Feld) bei der Dateneingabe vor Ort beim Leistungserbringer nicht akzeptiert werden. Ein Datensatz kann erst bei Vollständigkeit abgeschlossen und an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Außerdem beinhalten die Spezifikationen Plausibilitätsprüfungen zu nicht zulässigen Werteeingaben (datenfeldbezogen) und

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

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

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

Gruppe 1: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen QS-Verfahren angewandt. Im Zuge dessen werden die Datensätze, die ein Leistungserbringer in einem QS-Verfahren geliefert hat (Ist-Bestand), den Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand) gegenübergestellt. Auf Grundlage dieses Soll-Ist-Abgleichs werden pro QS-Verfahren jeweils ein Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Referenzbereich $\geq 95\%$ pro QS-Verfahren) und ein Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Referenzbereich $\leq 110\%$ pro QS-Verfahren) berechnet. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht vor, dass eine Dokumentationsrate unter 100% künftig sanktioniert wird (bislang geschieht dies erst bei einer Dokumentationsrate von unter 95%), wie es bei dem Versorgungsbereich der Transplantationen bereits der Fall ist. Zur Prüfung des Anteils der Minimaldatensätze unter den zu dokumentierenden Fällen wird zusätzlich in allen QS-Verfahren ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (AK MDS) eingesetzt; ausgenommen hiervon sind das QS-Verfahren *Neonatologie* sowie die transplantationsmedizinischen QS-Verfahren. Ab dem EJ 2016 gibt es auch im Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz. Ein Minimaldatensatz kann im Ausnahmefall angelegt werden, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig gelöst wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist. Minimaldatensätze können nicht zur Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden, da hier nur sehr wenige Angaben zu einem Fall dokumentiert werden. Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden Follow-up-Daten erhoben werden, wurden für

diese QS-Verfahren weitere Auffälligkeitskriterien eingeführt, die die Dokumentationsrate sowie die Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus untersuchen.

Gruppe 2: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

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

2.1.1 Durchführung

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

1. Einholen einer Stellungnahme vom jeweiligen Leistungserbringer, in der die Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt werden (fehlerhafte/unvollständige oder korrekte/vollständige Dokumentation) und dargelegt wird, welche Optimierungsmaßnahmen ggf. eingeleitet worden sind bzw. eingeleitet werden sollen (vgl. § 11 QSKH-RL). Als weiterführende Maßnahmen können auch Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen werden (vgl. § 12 QSKH-RL).
2. Versenden eines Hinweises an den Krankenhausstandort, der diesen auf die rechnerische Auffälligkeit aufmerksam macht (vgl. § 11 QSKH-RL).
3. Keine Maßnahme: In begründeten Ausnahmefällen kann von einer Maßnahme abgesehen werden
4. Sonstiges: Es wurden abweichende Maßnahmen eingeleitet, welche im Kommentar erläutert werden müssen.

In der Regel wird bei einer rechnerischen Auffälligkeit in Bezug auf die Dokumentationsqualität eine schriftliche Stellungnahme von dem betreffenden Leistungserbringer angefordert. In dieser wird der Leistungserbringer darum gebeten, die Dokumentation der auffälligen Fälle zu überprüfen und das Ergebnis der Überprüfung der zuständigen LQS bzw. dem IQTIG schriftlich mitzuteilen. Zu diesem Zweck wird allen auffälligen Leistungserbringern – sofern möglich – eine

Liste mit den auffälligen Fällen übermittelt, bei denen eine fehlerhafte Dokumentation vermutet wird. Der Leistungserbringer hat für die entsprechenden Datenfelder (z. B. anhand der Angaben in der Patientenakte) die Korrektheit der Dokumentation selbst zu überprüfen und das Resultat zurückzumelden. Schließlich werden die Leistungserbringer im Rahmen des Anschreibens auch darum gebeten, bei Mängeln in der Dokumentation eigene Vorschläge zur Optimierung der Dokumentation zu machen bzw. die Maßnahmen zu benennen, die sie bereits eingeleitet haben. Das Antwortschreiben der Leistungserbringer wird den zuständigen Fachgruppen auf Bundes- oder Landesebene zur Diskussion und Bewertung vorgelegt. Wenn die Erläuterungen zu den rechnerischen Auffälligkeiten für die Fachexperten nachvollziehbar und schlüssig sind, werden die Leistungserbringer darüber informiert und der Strukturierte Dialog ist abgeschlossen. Falls ein Antwortschreiben jedoch Fragen offenlässt bzw. weiterer Klärungsbedarf besteht, so wird der jeweilige Leistungserbringer um eine Präzisierung gebeten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines persönlichen kollegialen Gesprächs mit der zuständigen Fachgruppe, einer Vereinbarung von konkreten Zielen oder einer Begehung der entsprechenden Einrichtung.

2.1.2 Bewertung

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

Tabelle 6: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität

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

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Beschreibung
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Neben der eigentlichen Bewertung werden zusätzlich auch die Freitext-Kommentare zu den Bewertungen der Auffälligkeitskriterien analysiert und berücksichtigt. Es gibt Fälle, in denen die Bewertungen A40 oder A99 nicht vergeben wurden, bei denen aber auf der Basis des Freitext-Kommentars eindeutig ist, dass Dokumentationsfehler aufgetreten sind. Unter anderem wurde mit den Kategorien U99 oder S99 bewertet, wenn nicht bei allen überprüften Fällen Dokumentationsfehler aufgetreten sind, sondern nur bei einem Teil. Für die Auswertung der Ergebnisse der Datenvalidierung wurde in diesen Fällen von der in Tabelle 6 beschriebenen Zuordnung wie folgt abgewichen: Wenn aus dem Kommentar eindeutig hervorging, dass bei einem Leistungserbringer Dokumentationsfehler aufgetreten waren – wenn auch nur in einzelnen Fällen –, wurde dieser Leistungserbringer zur Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ (A40) gezählt. Ist ein derartiger Fall aufgetreten, so ist dies an der entsprechenden Stelle im Bericht auch aufgeführt. Im Anhang sind die Bewertungen zur Datenvalidität einzeln dargestellt, so wie sie von den LQS vergeben wurden.

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

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

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

Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (vgl. § 9 Abs. 3 QSKH-RL) findet jährlich in drei bis vier ausgewählten QS-Verfahren statt. Bei der Auswahl der Verfahren werden Kriterien herangezogen, die beispielsweise berücksichtigen, ob sich ein hoher Anteil an Dokumentationsproblemen im Strukturierten Dialog gezeigt hat, ein QS-Verfahren noch nie umfassend validiert wurde oder ein QS-Verfahren Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aufweist. Stehen größere Umstrukturierungen in einem QS-Verfahren an, so ist eine umfassende Daten-

validierung weniger sinnvoll. Bei der jährlichen Auswahl der QS-Verfahren für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sowie die Auswahl der zu prüfenden Datenfelder durch das IQTIG werden externe Experten beratend hinzugezogen (Projektgruppe Datenvalidierung).

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

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

Bewertung der Datenvalidität

Um die Datenvalidität einzelner Datenfelder zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen herangezogen werden. Dabei wird die Patientenakte als Referenzquelle verwendet. Die stellt somit einen „Goldstandard“ dar, d. h. es wird davon ausgegangen, 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, von der Auswertung ausgeschlossen.

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

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

Sensitivität: Anteil der in der QS-Dokumentation angegebenen Ereignisse an allen in der Patientenakte enthaltenen Ereigniseinträgen. Die Sensitivität gibt also die Wahrscheinlichkeit an, dass ein Ereignis (z. B. eine Komplikation) als solches auch korrekt in der QS-Dokumentation dokumentiert wird. *(Kennzahl für die Unterdokumentation von Ereignissen in der QS-Dokumentation.)*

Spezifität: Anteil der in der QS-Dokumentation nicht angegebenen Ereignisse an allen in der Patientenakte 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. *(Kennzahl für die Überdokumentation von Ereignissen in der QS-Dokumentation.)*

Die Kennzahlen zur Sensitivität und zur Spezifität lassen sich jedoch nur für Merkmale/Datenfelder mit zwei Ausprägungen/Antwortmöglichkeiten (z. B. ja/nein) berechnen.

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

Verfahrensbezogene Bewertung der Datenvalidität und des Handlungsbedarfs

- Anzahl/Anteil der Krankenhausstandorte mit Abweichungen
- Relevanz der Abweichungen für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und Risikoadjustierung (Unter-, Über-, Fehldokumentation)
- Gründe der Dokumentationsmängel: durch Maßnahmen der Verfahrenspflege (z. B. Einführung/Änderung der Ausfüllhinweise, Einführung von Plausibilitätsregeln, Präzisierung der Datenfelder, Vereinfachung der Struktur des Erfassungsbogens) zu verbessernde/beeinflussbare Dokumentationsprobleme?

Leistungserbringerbezogene Bewertung der Dokumentationsqualität und des Handlungsbedarfs

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

3 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Für das Erfassungsjahr 2015 hat der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA eine umfassende Datenvalidierung der QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe, Mammachirurgie* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* mit Durchführung eines Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich beschlossen. Die Ergebnisse sind im Folgenden für die drei QS-Verfahren separat dargestellt.

3.1 Pflege: Dekubitusprophylaxe

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und Fälle für den Datenabgleich zu den Daten des Erfassungsjahres 2015 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* QS-Daten für das Erfassungsjahr 2015 geliefert haben, als geschichtete Klumpenstichprobe zufällig ausgesucht. Ausgeschlossen wurden nach Vorgabe der QSKH-RL Krankenhausstandorte mit weniger als vier Fällen. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben und mit der QS-Dokumentation abgeglichen. Bei der Ziehung der Fälle je Standort wurde eine zufällige Auswahl getroffen – jedoch mit einer Gewichtung nach Dekubitusgraden:

- 30 % Fälle mit Dekubitus Grad drei oder vier
- 20 % Fälle mit Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet
- 50 % Fälle unabhängig vom Dekubitusgrad

Es wurden 10 der insgesamt 22 Datenfelder des Erhebungsbogens DEK im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geprüft.

3.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 89 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 1.691 Fallakten durch die Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Es musste bundesweit auf 14 Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden. Tabelle 7 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und geprüften Fälle je Bundesland dar, welche dem Stichprobenverfahren unterworfen wurden.

Tabelle 7: Umfang der Stichprobe für den Datenabgleich im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

Bundesland	besuchte Krankenhausstandorte	geprüfte Fälle
Baden-Württemberg	10	170
Bayern	14	278
Berlin	3	58
Brandenburg	3	60
Bremen	1	20
Hamburg	2	40
Hessen	7	117
Mecklenburg-Vorpommern	2	40
Niedersachsen	8	161
Nordrhein-Westfalen	20	393
Rheinland-Pfalz	3	60
Saarland	2	40
Sachsen-Anhalt	3	60
Sachsen	5	74
Schleswig-Holstein	3	60
Thüringen	3	60
Gesamt	89	1.691

Ein Krankenhaus wurde innerhalb des Jahres 2015 von einem neuen Träger übernommen, 14 der insgesamt 20 zu prüfenden Fälle stammten aus dem ersten Quartal, in dem noch der alte Träger das Krankenhaus verwaltete. Der neue Träger sah keine Zuständigkeit für die Datenvalidierung. Die Behandlungsunterlagen waren laut Aussage des neuen Trägers nicht mehr vor Ort verfügbar, ebenso wenig wäre eine Zuordnung der Vorgangsnummern aufgrund geänderter EDV-Strukturen durchführbar gewesen. Ergänzend hat der neue Träger folgenden Hinweis übermittelt:

Ob eine Datenvalidierung in diesem konkreten Fall Sinn macht, sollte gründlich geprüft werden. Das Krankenhaus XY existiert in dieser Form nicht mehr. In der Zeit vor der Übernahme befand sich das Krankenhaus in unruhigem Fahrwasser mit hoher Personalfuktuation und in allgemeiner Umbruchstimmung. Das bei dieser Datenvalidierung erhobene Ergebnis würde sehr wahrscheinlich keine valide Aussage zur Dokumentationsqualität im Modul Dekubitus in dem nicht mehr existenten Krankenhaus zulassen.

Für diesen Krankenhausstandort hat die zuständige LQS auf die Durchführung der Datenvalidierung verzichtet.

Im Nachgang der Zweiterfassung mit Datenabgleich in einem anderen Krankenhaus stellte sich die Datenbankdatei mit den zweiterfassten Daten als beschädigt heraus. Trotz mehrfacher Versuche – auch mit Datenwiederherstellungs-Software – konnte die zuständige LQS nicht mehr auf die Datei zugreifen und somit keine Daten exportieren. Die zuständige LQS kann jedoch zu diesem Krankenhausstandort zusammenfassend berichten, dass sich nur geringfügige Abweichungen zwischen den Angaben aus der QS-Dokumentation und Patientenakte zeigten.

3.1.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren

Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 95,5 %. Die Fehldokumentationen waren sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Krankenhäuser. Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern.

Im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* weisen die 89 geprüften Krankenhausstandorte im Mittel in 6 der insgesamt 10 geprüften Datenfelder eine 100-prozentige Übereinstimmung auf. 3 Standorte hatten eine komplett fehlerfreie Dokumentation mit 100 % Übereinstimmung in allen Datenfeldern bzw. Fällen. Ein Standort wies in allen geprüften Datenfeldern Dokumentationsprobleme auf (Übereinstimmungsrate unter 100 %).

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

Tabelle 8: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 6) Geburtsdatum	1.691	99,8 %
(DF 11) Entlassungsgrund	1.689	99,9 %
(DF 13) Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	1.637	88,6 %
(DF 14) Seitenlokalisierung	1.651	84,8 %
(DF 15) War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission“)	1.653	90,4 %
(DF 16) War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? („Present on Discharge“)	1.619	92,6 %
(DF 17) Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2	1.691	96,6 %

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 18) Nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus	1.691	98,0 %
(DF 19) Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	1.691	96,0 %
(DF 21) Beatmungsstunden \geq 1 Stunde	1.690	98,8 %

Entlassungsgrund

In insgesamt zwei Krankenhausstandorten zeigten sich jeweils für einen Fall Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und den Angaben aus der Patientenakte zum Datenfeld Entlassungsgrund. Zwei Fälle wurden in der QS-Dokumentation als verstorben angegeben; anhand des Abgleichs mit den Patientenakten stellte sich jedoch heraus, dass dies eine falsche Dokumentation war und die beiden Patienten lebend entlassen wurden. Bei zwei weiteren Fällen war aus der Patientenakte nicht ersichtlich, ob der Patient verstorben ist oder nicht.

Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 186 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 53 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 88,6 % liegt für dieses Datenfeld das zweitschlechteste Ergebnis innerhalb der geprüften Datenfelder vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 30 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 54 Fällen waren der Grad und die Lokalisation des Dekubitus nicht ersichtlich aus der Patientenakte.

In 18 Fällen lag eine Fehlverschlüsselung als Dekubitus Grad II oder höher und somit kein dokumentationspflichtiger Fall vor (z. B. Dekubitus Grad I, Wunden/Verletzungen, Ulcus). Eine LQS berichtete zudem, dass bei wenigen Fällen in der Patientenakte ein zweiter Dekubitus (gleichen Grades mit anderer Lokalisation) gefunden wurde, obwohl nur ein Dekubitus in der QS-Dokumentation übermittelt wurde.

In 106 der 186 abweichenden Fälle lagen Unterschiede in der Gradeinteilung vor. In den 80 restlichen Fällen bezogen sich die Diskrepanzen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte auf die Lokalisation des Dekubitus. Zum Teil wurden die Bezeichnungen „Kreuzbein“, „Sitzbein“, „Steiß“ und „Gesäß“ missverständlich gebraucht. Bei 42 Fällen wurde der Dekubitus in der QS-Dokumentation als „nicht näher bezeichnet“ angegeben, in der Patientenakte fand sich jedoch eine Gradeinteilung. In 16 Fällen konnte anhand der Dokumentation in den Patientenakten ein Dekubitus Grad 4 festgestellt werden, der jedoch als niedrigerer Grad in der QS-Dokumentation fehlcodiert wurde. In drei von diesen 16 Fällen lag laut Patientenakte ein stationär erworbener Dekubitus vor. Stationär erworbene Dekubitalulcera Grad 4 stellen ein Sentinel Event dar, so dass diese drei Krankenhausstandorte in dem entsprechenden Qualitätsindikator eigentlich

rechnerisch auffällig gewesen wären und ein Strukturierter Dialog hätte geführt werden müssen.

Seitenlokalisierung

Beim Datenfeld „Seitenlokalisierung“ gab es in 68 der insgesamt 89 geprüften Krankenhausstandorte insgesamt 251 Fälle von Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der Dokumentation in den Patientenakten. Das Ergebnis für dieses Datenfeld ist mit einer Übereinstimmungsrate von 84,8 % das schlechteste unter den geprüften Datenfeldern. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 40 Fällen waren die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

In 212 der abweichenden Fälle war in der QS-Dokumentation „K: keine Seitenlokalisierung angegeben“, anhand der Patientenakten ließ sich für diese Fälle jedoch eine eindeutige Seitenlokalisierung feststellen. Da dieses Datenfeld nicht relevant für die Berechnung der Qualitätsindikatoren ist, haben diese Abweichungen keinen Einfluss auf die Qualitätsbewertung der Krankenhausstandorte.

Eine LQS konnte berichten, dass für das Datenfeld „Seitenlokalisierung“ häufig ein „K“ (= keine Seitenlokalisierung angegeben) in der QS-Dokumentation übermittelt wurde, da bei der Übertragung aus den Abrechnungsdaten in die QS-Software die nicht abrechnungsrelevante Seitenlokalisierung automatisch auf „K“ gesetzt wurde. Eine manuelle Korrekturmöglichkeit schien in den besuchten Krankenhäusern softwareseitig nicht immer gegeben zu sein.

POA (present on admission)

Für dieses Datenfeld kam es bei 57 Standorten in insgesamt 158 Fällen zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und der Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 55 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 38 Fällen waren die Angaben zu diesem Datenfeld aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* ist es relevant, ob der Dekubitus stationär erworben wurde. Ambulant erworbene Dekubitalulcera werden aus den Qualitätsindikatoren ausgeschlossen. Bei der Analyse der Ergebnisse des Datenabgleichs zeigt sich, dass in 82 Fällen in der QS-Dokumentation „POA = Ja“ angegeben wurde, sich jedoch anhand der Patientenakten vor Ort feststellen ließ, dass die Dekubitalulcera nicht bei Aufnahme vorlagen und somit stationär erworben sind. Diese Fälle sind somit fälschlicherweise nicht in der Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt worden und hätten ggf. das rechnerische Ergebnis einiger Krankenhäuser von unauffällig zu rechnerisch auffällig verändern können.

POD (present on discharge)

Für dieses Datenfeld kam es in 120 Fällen bei 58 Standorten zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 35 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 72 Fällen waren die Angaben zu diesem Datenfeld aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

In 44 Fällen waren die Dekubitalulcera laut QS-Dokumentation nicht mehr bei der Entlassung vorhanden, laut Patientenakte waren sie jedoch noch vorhanden. In 48 Fällen war das Gegenteil der Fall: In der QS-Dokumentation war angegeben, dass die Dekubitalulcera noch vorlagen, in der Patientenakte fand sich aber die Angabe, dass sie bei Entlassung nicht mehr vorhanden waren. Da das Datenfeld nicht in die Berechnung der Qualitätsindikatoren einfließt, liegt hier keine Verzerrung der Ergebnisse durch Fehldokumentationen vor.

Diabetes mellitus Typ 1 oder 2

Für dieses Datenfeld kam es in 57 Fällen bei 41 Standorten zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 80 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 43 der abweichenden Fälle lag laut QS-Dokumentation kein Diabetes mellitus vor, laut Patientenakte jedoch schon. Diese Fälle sind fälschlicherweise nicht in die Risikoadjustierung des O / E-Indikators eingeflossen. In den restlichen 14 abweichenden Fällen lag gemäß QS-Dokumentation ein Diabetes mellitus vor, der sich jedoch nicht anhand der Angaben aus den Patientenakten bestätigen ließ.

Die Angaben zu diesem Datenfeld sollen gemäß Ausfüllhinweis automatisch aus dem KIS übernommen werden. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung ein, die über die Risikostatistik berechnet wird, welche ebenfalls aus dem KIS erzeugt wird. Somit sind die 14 benannten Fälle fälschlicherweise in die Risikoadjustierung eingeflossen.

Diabetes mellitus nicht näher bezeichnet

Für dieses Datenfeld kam es in 33 Fällen bei 19 Standorten zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 55 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 29 abweichenden Fällen lag gemäß QS-Dokumentation ein Diabetes mellitus vor, der sich jedoch nicht anhand der Angaben aus den Patientenakten bestätigen ließ.

Die Angaben zu diesem Datenfeld sollen gemäß Ausfüllhinweis automatisch aus dem KIS übernommen werden. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung ein, die über die Risikostatistik berechnet wird, welche ebenfalls aus dem KIS erzeugt wird. Somit sind die 29 benannten Fälle fälschlicherweise in die Risikoadjustierung eingeflossen.

Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie

Für dieses Datenfeld kam es in 68 Fällen bei 31 Standorten zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 55 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 49 der abweichenden Fälle lag gemäß QS-Dokumentation keine Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie vor. Dies ließ sich nicht anhand der Angaben aus den Patientenakten bestätigen.

Die Angaben zu diesem Datenfeld sollen gemäß Ausfüllhinweis automatisch aus dem KIS übernommen werden. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung ein, die über die Risikostatistik berechnet wird, welche ebenfalls aus dem KIS erzeugt wird. Somit sind die benannten 49 Fälle fälschlicherweise nicht in die Risikoadjustierung eingeflossen. Die restlichen 19 abweichenden Fälle sind hingegen fälschlicherweise in der Risikoadjustierung berücksichtigt worden.

Eine LQS berichtete, dass es sich bei einigen dokumentierten Paraparesen/Paraplegien und Tetraparesen/Tetraplegien um Hemiparesen/Hemiplegien handelte.

Beatmungsstunden \geq 1 Stunde

Für dieses Datenfeld kam es in 21 Fällen bei 14 Standorten zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungs-raten variierten zwischen 85 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 12 der abweichenden Fälle lag gemäß QS-Dokumentation keine Beatmung von über einer Stunde vor. Dies ließ sich nicht anhand der Angaben aus den Patientenakten bestätigen.

Die Angaben zu diesem Datenfeld sollen gemäß Ausfüllhinweis automatisch aus dem KIS übernommen werden. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung ein, die über die Risikostatistik berechnet wird, welche ebenfalls aus dem KIS erzeugt wird. Somit sind die benannten 12 Fälle fälschlicherweise nicht in die Risikoadjustierung eingeflossen. Die restlichen 9 abweichenden Fälle sind hingegen fälschlicherweise in der Risikoadjustierung berücksichtigt worden.

Das Datenfeld wurde zur Spezifikation 2017 aus der QS-Dokumentation für das Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* gestrichen.

3.1.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich

In den Krankenhausstandorten mit Abweichungen wurden gezielt Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation unter Hinzuziehung der zu beachtenden Ausfüllhinweise gegeben. Es wurde empfohlen, dass die für die QS-Dokumentation erforderlichen Angaben immer aus festgelegten Quellen bezogen werden sollen, um Fehldokumentationen zu vermeiden.

Eine LQS berichtete, dass im Ergebnis der Vor-Ort-Überprüfung mit einem Krankenhaus vereinbart wurde, dass zukünftig den Fachabteilungen ein Bogen für die Dekubituserfassung ausgehändigt wird, damit eine zentrale Erfassung und Überprüfung der Wunddokumentation erfolgen kann, um die Dokumentationsqualität zu verbessern. Die Dekubitus-/Wunderfassung erfolgt in dem betroffenen Krankenhausstandort durch die Pflege; die DRG-Kodierung jedoch durch das Medizincontrolling, sodass hier eine Verbesserung der Kommunikationsprozesse und -strukturen zwischen Pflegebereich und Medizincontrolling empfohlen wurde.

Aufgrund einer Häufung von Diskrepanzen in einem Krankenhausstandort wurde eine Zielvereinbarung getroffen (Organisation der Aktenführung und Dokumentation von Befunden, Übertragung in die QS Dokumentation). Das Krankenhaus hat sich ein halbes Jahr nach dem Datenabgleich erneut bei der zuständigen LQS gemeldet und die durchgeführten Strukturänderungen dargelegt. In der letzten Sitzung des Fachausschusses Pflege wurde die Problematik ausführlich diskutiert und die Daten als nicht valide eingestuft. Die Einhaltung der Zielvereinbarung wird nach Ablauf des Jahres erneut überprüft werden.

Für einen Krankenhausstandort wurde gemeinsam mit der Klinikgeschäftsführung und dem Lenkungsausschuss Qualitätssicherung eine freiwillige Nachprüfung der pflegerischen QS-Daten für 2017 auf Grundlage der Daten des EJ 2016 vereinbart.

Die Erkenntnisse aus der Zweiterfassung mit Datenabgleich wurden an die Bundesfachgruppe Pflege weitergeleitet.

3.2 Mammachirurgie

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und der Fälle für den Datenabgleich der Daten des Erfassungsjahres 2015 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden unter Anwendung einer geschichteten Klumpenstichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum QS-Verfahren *Mammachirurgie* QS-Daten für das Erfassungsjahr 2015 geliefert haben, zufällig ausgesucht. Ausgeschlossen wurden richtliniengemäß Krankenhausstandorte mit weniger als vier Fällen. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben und mit der QS-Dokumentation abgeglichen. Bei der Ziehung der Fälle je Standort wurden Fälle mit Operationen an beiden Brüsten innerhalb eines Aufenthalts aus Gründen der Umsetzbarkeit der Zweiterfassung mit Datenabgleich ausgeschlossen. Zweiterfasst wurde jeweils pro Patientin die chronologisch erste Operation, wenn mehr als eine Operation an einer Brust innerhalb eines Aufenthalts durchgeführt wurde.

Es wurden 23 der insgesamt 75 Datenfelder des Erhebungsbogens Mammachirurgie im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geprüft.

3.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 45 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 800 Fallakten durch die Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Es musste bundesweit auf 11 Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden. Tabelle 9 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und geprüften Fälle je Bundesland dar, welche dem Stichprobenverfahren unterworfen wurden.

Tabelle 9: Umfang der Stichprobe für den Datenabgleich im QS-Verfahren Mammachirurgie

Bundesland	besuchte Krankenhausstandorte	geprüfte Fälle
Baden-Württemberg	4	80
Bayern	6	95
Berlin	1	7
Brandenburg	2	40
Bremen	1	20
Hamburg	1	20
Hessen	3	53
Mecklenburg-Vorpommern	1	20
Niedersachsen	4	76
Nordrhein-Westfalen	9	164
Rheinland-Pfalz	3	55
Saarland	1	6
Sachsen-Anhalt	2	24
Sachsen	3	60
Schleswig-Holstein	2	40
Thüringen	2	40
Gesamt	45	800

Bei einem Krankenhaus hat die zuständige LQS auf die Zweiterfassung eines Falls verzichtet, da es sich um einen Fall handelte, der nicht dokumentationspflichtig war.

Bei einem anderen Krankenhaus hat die zuständige LQS versehentlich aufgrund nicht bekannter Ausfüllhinweise versäumt, drei der 20 Fälle vollständig zu prüfen.

3.2.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren

Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 90,8 %. Die Fehldokumentationen waren sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Krankenhäuser. Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern.

Die 45 geprüften Krankenhausstandorte im QS-Verfahren *Mammachirurgie* haben durchschnittlich in 13 der 23 geprüften Datenfelder eine Übereinstimmungsrate von 100 %. Kein Standort hatte eine komplett fehlerfreie Dokumentation mit 100 % Übereinstimmung in allen Datenfeldern bzw. Fällen. Ebenso hatte aber auch kein Standort in allen geprüften Datenfeldern Dokumentationsprobleme (Übereinstimmungsraten unter 100 %).

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

Tabelle 10: Ergebnis des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren Mammachirurgie

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 6) Geburtsdatum	800	99,8 %
(DF 12) Erkrankung an dieser Brust	792	98,9 %
(DF 13) Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung*	744	94,9 %
(DF 18) Mammographie-Screening-Programm*	226	94,7 %
(DF 22) Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie*	588	95,9 %
(DF 23) Histologie	597	96,3 %
(DF 24) maligne Neoplasie*	563	86,9 %
(DF 25) Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes *	554	67,1 %
(DF 28) präoperative tumorspezifische Therapie*	743	97,2 %
(DF 35) präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	795	87,8 %
(DF 36) intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie*	100	58,0 %
(DF 46) Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	798	96,9 %
(DF 47) maligne Neoplasie*	664	91,0 %
(DF 48) primär-operative Therapie abgeschlossen	783	97,1 %
(DF 50) pT*	495	92,5 %
(DF 51) pN*	493	86,6 %
(DF 56) Grading (WHO)*	478	92,9 %
(DF 58) HER-2/neu-Status*	475	93,9 %

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 60) R0-Resektion*	521	91,9 %
(DF 63) brusterhaltende Therapie (BET)*	520	94,0 %
(DF 64) axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt*	495	81,8 %
(DF 65) Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt*	499	92,4 %
(DF 74) Entlassungsgrund	797	100 %

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

Dadurch, dass es sich bei der Mehrheit der geprüften Datenfelder um abhängige Datenfelder handelt, verursachen Fehldokumentationen in einem Datenfeld auch Fehldokumentationen in hiervon abhängigen anderen Datenfeldern. Die abhängigen Datenfelder können dann beispielsweise gar nicht ausgefüllt werden oder es können nur bestimmte Angaben gemacht werden.

Eine LQS berichtete, dass in einem der geprüften Krankenhäuser die QS-Bögen zum Teil nicht am Ende eines jeden stationären Aufenthalts, sondern erst am Ende der Behandlung (nach mehreren Aufenthalten) abgeschlossen wurden. Somit wurde oftmals das finale Behandlungsergebnis dokumentiert, nicht jedoch der Status nach dem jeweiligen stationären Aufenthalt. Es entstanden dadurch insbesondere Diskrepanzen in den Datenfeldern „primäre operative Therapie abgeschlossen“, „R0-Resektion“ und „axilläre Lymphknotenentfernung bei diesem oder früheren Aufenthalt“.

Eine LQS wies auch darauf hin, dass trotz der Formulierung „an dieser Brust“ im Datenfeld „Erkrankung an dieser Brust“ dieses mit „ja“ zu beantworten ist, falls es sich beim ersten Eingriff um eine Operation an der Axilla handelt. Sollte dann in einem späteren Aufenthalt (z. B. nach neoadjuvanter Chemotherapie) ein Eingriff an der Brust vorgenommen werden, so sei dann die Frage nach dem ersten offenen Eingriff mit „nein“ zu dokumentieren.

Eine LQS verwies auf das Problem der uneinheitlichen Dokumentation in Belegkrankenhäusern als Ursache für gehäufte Fehldokumentationen.

Datenfeld 22: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 24 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 34 Krankenhausstandorten (Übereinstimmungsrate von 95,9 %). Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei

diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Das Datenfeld fließt direkt in den Zähler des QI Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (QI-ID 51846). Der Referenzbereich des QI liegt bei $\geq 90,00$ % (Zielbereich).

Die Ergebnisse des Datenabgleichs zeigen, dass in 4 Fällen laut QS-Dokumentation eine prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie durchgeführt wurde, die sich jedoch nicht in den Patientenakten findet. In diesen Fällen liegt eine Überdokumentation zugunsten der betroffenen Krankenhäuser vor.

In 20 Fällen wurde laut QS-Dokumentation keine prätherapeutische Diagnosesicherung durchgeführt bzw. das Datenfeld wurde nicht ausgefüllt. Für diese Fälle stellte sich anhand der Patientenakten heraus, dass eine prätherapeutische Diagnosesicherung stattgefunden hatte. Somit haben die Krankenhäuser hier zu ihren Ungunsten unterdokumentiert.

Datenfeld 24: maligne Neoplasie (präoperative Diagnostik und Therapie)

Bei diesem Datenfeld gab es in insgesamt 74 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 29 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 86,9 % liegt für dieses Datenfeld das fünftschlechteste Ergebnis unter den geprüften Datenfeldern vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 50 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

In 5 der abweichenden Fälle wurde in der QS-Dokumentation ein ICD-O-3-Schlüssel für ein invasives Mammakarzinom angegeben, laut Patientenakte lag jedoch ein DCIS (Ductal Carcinoma in Situ) vor. In den QIs „Primäre Axilladisektion bei DCIS“ (QI-ID 2163) und „Lymphknotenentnahme bei DCIS“ (QI-ID 50719) und brusterhaltender Therapie werden Fälle mit präoperativem invasivem Mammakarzinom ausgeschlossen. Somit wurden diese Fälle – bei Erfüllung der sonstigen Nenner-Bedingungen des QI – fälschlicherweise nicht in den QI berücksichtigt.

Die restlichen 69 Abweichungen beziehen sich auf Fälle mit differierenden ICD-O-3-Schlüsseln für invasive Mammakarzinome (unterschiedliche Lokalisation und/oder Histologie) und haben somit keinen Einfluss auf die Ergebnisse der Indikatorenberechnung, da hier lediglich die Unterscheidung zwischen invasivem Mammakarzinom oder DCIS relevant ist.

Datenfeld 25: Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 182 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 33 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 67,1 % liegt für dieses Datenfeld das zweitschlechteste Ergebnis innerhalb der geprüften Datenfelder vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

In 15 Fällen war das Datenfeld in der QS-Dokumentation unausgefüllt, während in der Patientenakte eine Datumsangabe zu finden war. In den restlichen abweichenden Fällen liegen die Differenzen zwischen einem Tag und maximal einem Monat bzgl. der Datumsangabe in der QS-Dokumentation und der Patientenakte.

Das Datum des prätherapeutischen histologischen Befundes fließt in den Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (QI-ID 51370) ein. Durch die zum

Teil großen zeitlichen Unterschiede zwischen den Angaben aus der Patientenakte und der QS-Dokumentation kann es hier zu Verzerrungen in den Ergebnissen kommen.

Eine LQS konnte als Erkenntnis aus der Datenvalidierung vor Ort berichten, dass die Abweichungen beim Datum des prätherapeutischen histologischen Befundes im Wesentlichen darauf zurückzuführen seien, dass bei der QS-Dokumentation unterschiedliche Referenzquellen verwendet wurden. Zum Teil wurde fälschlicherweise das Eingangs- oder Ausgangsdatum in der Klinik oder das Eingangsdatum im pathologischen Institut und nicht wie vorgesehen das Ausgangsdatum der Pathologie herangezogen.

Datenfeld 35: präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 97 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 30 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 87,8 % liegt für dieses Datenfeld das sechstschlechteste Ergebnis innerhalb der geprüften Datenfelder vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 55 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

In 41 Fällen wurde in der QS-Dokumentation angegeben, dass präoperativ keine durch bildgebende Verfahren gesteuerte Draht-Markierung durchgeführt wurde, obwohl laut den Patientenakten in diesen Fällen eine durch Mammographie oder Sonographie gesteuerte präoperative Draht-Markierung vorlag. Die Fälle werden durch die Fehldokumentation nicht in den Nennern der QIs „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammographischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52330) und „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonographischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52279) berücksichtigt.

Bei 30 Fällen wurde in der QS-Dokumentation eine durch Sonographie gesteuerte präoperative Draht-Markierung angegeben, laut Patientenakte wurde jedoch keine präoperative Drahtmarkierung durchgeführt. Diese Fälle sind somit fälschlicherweise in die QIs der Indikatorengruppe zur intraoperativen Präparatradiografie bzw. -sonographie eingeflossen.

Von einer LQS wurde zurückgemeldet, dass einige Krankenhäuser die Frage nach der präoperativen Draht-Markierung bislang fehlinterpretiert hatten. So wurde diese nicht nur auf eine Drahtmarkierung bezogen, sondern allgemein auf eine präoperative Markierung. Daher wurde im Rahmen der QS-Dokumentation diese Frage in einigen Fällen fälschlicherweise mit „ja“ beantwortet, obwohl keine Drahtmarkierung, sondern eine Farbmarkierung erfolgte. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass reine Hautmarkierungen mit Farbstift hier nicht zu dokumentieren sind. Eine andere LQS konnte berichten, dass die Angabe der Drahtmarkierung zum Teil vergessen wurde, falls im Rahmen der präoperativ durchgeführten Stanzbiopsie eine Clip-Markierung durchgeführt wurde.

Datenfeld 36: intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 42 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 24 der 45 geprüften Krankenhausstandorte. Mit einer Übereinstimmungsrate von 58,0 % liegt für dieses Datenfeld das schlech-

teste Ergebnis unter den geprüften Datenfeldern vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

Der größte Anteil an Abweichungen ergibt sich bei diesem Datenfeld dadurch, dass in 37 Fällen das Datenfeld in der QS-Dokumentation nicht ausgefüllt wurde, in der Patientenakte jedoch dokumentiert wurde, dass eine intraoperative Präparateradiographie durchgeführt wurde (n = 18) bzw. weder eine Präparateradiographie noch -sonographie durchgeführt wurde (n = 19). Hier liegt für letztere Abweichungen eine Fehldokumentation zuungunsten der betroffenen Krankenhäuser vor, da die Durchführung einer intraoperativen Präparateradiographie in den QIs „Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52330) und „Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52279) ein erwünschtes Ereignis darstellt, das in diesen Fällen nicht in der QS-Dokumentation angegeben wurde.

In zwei Fällen lag eine Fehldokumentation zugunsten der betroffenen Krankenhäuser vor, da eine intraoperative Präparateradiographie in der QS-Dokumentation angegeben wurde, die sich nicht in den Patientenakten wiederfand.

Datenfeld 51: pN

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 66 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 25 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 86,6 % liegt für dieses Datenfeld das viertschlechteste Ergebnis innerhalb der geprüften Datenfelder vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

19 der abweichenden Fälle sind darauf zurückzuführen, dass das Datenfeld in der QS-Dokumentation unausgefüllt ist, während in den Patientenakten eine Angabe zu finden ist. In 3 Fällen wurde in der QS-Dokumentation die pN-Kategorie pNX (= regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden) angegeben, obwohl sich in der Patientenakte eine Beurteilung der Lymphknoten-Metastasen finden ließ (pN0, pN1). In vier weiteren Fällen ist die umgekehrte Konstellation Ursache der Abweichungen: laut Patientenakte lag pNX vor, laut QS-Dokumentation jedoch pN0, pN1 oder pN2.

Im QI „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) werden nur Fälle eingeschlossen, die keine regionären Lymphknotenmetastasen aufweisen (pN0, pN0(sn)). Hier zeigt sich in vier der geprüften Fälle, dass laut QS-Dokumentation keine Lymphknotenmetastasen vorlagen, während in der Patientenakte Metastasen in ein bis drei axillären Lymphknoten dokumentiert waren. Diese Fälle sind also fälschlicherweise in diesem QI berücksichtigt worden.

Die restlichen Abweichungen gehen zum Teil auf Unterschiede in den ergänzenden Kennzeichnungen „(sn)“ oder „y“ zurück. Ein Teil der abweichenden Fälle differiert jedoch auch in Bezug auf das Ausmaß der Lymphknotenmetastasen.

Bei der Risikoadjustierung des Indikators „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden“ (QI-ID 52273) wird unterschieden zwischen den Risikoklas-

sen pNX, pN2 und pN3. Hier gibt es – wie zuvor beschrieben – Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte, sodass ein Einfluss auf die Ergebnisse der Risikoadjustierung besteht.

Datenfeld 58: HER-2/neu-Status

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 29 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 19 Krankenhausstandorten (Übereinstimmungsrate von 93,9 %). Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 50 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Das Datenfeld fließt direkt in die Zähler der QIs der Indikatorengruppe zur HER2-Positivitätsrate ein. Für die beiden darin enthaltenen Qualitätsindikatoren sind derzeit (QIDB 2016) keine Referenzbereiche definiert.

In 16 der abweichenden Fälle war das Datenfeld in der QS-Dokumentation unausgefüllt, während gemäß Patientenakte ein HER-2/neu-Status bestimmt wurde. In 7 Fällen lag laut QS-Dokumentation ein negativer Status vor, laut Patientenakte war es jedoch ein positiver Status. In 5 Fällen zeigte sich die umgekehrte Fehldokumentation.

Zur Spezifikation 2017 wurde das Datenfeld HER-2/neu-Status ergänzt um Erklärungen zu „negativ“ und „positiv“ (0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ); 1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)), um die Verständlichkeit zu erhöhen und Fehldokumentationen zu reduzieren.

Datenfeld 64: axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 90 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 31 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 81,8 % liegt für dieses Datenfeld das fünftschlechteste Ergebnis innerhalb der geprüften Datenfelder vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 10 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

Die meisten Abweichungen (n = 44) bei diesem Datenfeld gehen darauf zurück, dass in der QS-Dokumentation die Entfernung einzelner Lymphknoten angegeben wurde, in der Patientenakte aber keine Dokumentation einer axillären Lymphknotenentfernung ohne Markierung vorlag. Dies kann sowohl eine Fehldokumentation zugunsten als auch zuungunsten der Krankenhäuser bedeuten, da die Entfernung einzelner Lymphknoten im QI „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) ein erwünschtes Ereignis darstellt, während es im QI „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719) ein unerwünschtes Ereignis ist.

In sechs Fällen wurde das Datenfeld in der QS-Dokumentation nicht ausgefüllt, obwohl laut Patientenakte einzelne Lymphknoten entfernt wurden bzw. eine Axilladisektion durchgeführt wurde. In 11 Fällen wurde zudem in der QS-Dokumentation angegeben, dass keine axilläre Lymphknotenentfernung stattfand, die Patientenakten zeigten jedoch, dass einzelne Lymphkno-

ten entfernt wurden bzw. eine Axilladissektion durchgeführt wurde. Die abweichenden Fälle erfüllen jedoch nicht die Nenner-Bedingungen des QI mit der QI-ID 50719, sodass die Fehldokumentation hier keine Auswirkungen auf die Indikatorergebnisse haben.

In insgesamt 14 Fällen wurde laut Patientenakte eine Axilladissektion durchgeführt, die so nicht in der QS-Dokumentation angegeben wurde. Diese Fälle erfüllen jedoch nicht die Nenner-Bedingungen des QI „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (QI-ID 2163), sodass hier kein Einfluss auf die Indikatorergebnisse besteht und keine Unterdokumentation eines Sentinel Events vorliegt.

Datenfeld 65: Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 38 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 25 Krankenhausstandorten (Übereinstimmungsrate von 92,4 %). Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Das Datenfeld fließt direkt in die Zähler der QIs „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (QI-ID 2163), „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719) und „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) ein.

In 14 Fällen wurde laut QS-Dokumentation eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt, gemäß Patientenakte lag jedoch keine vor. In 22 Fällen lag laut Patientenakte eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vor, die jedoch nicht in der QS-Dokumentation angegeben wurde. Keiner der abweichenden Fälle erfüllt die Nenner-Bedingungen der oben genannten QI, sodass hier kein Einfluss auf die Indikatorergebnisse besteht.

3.2.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich

Die Ergebnisse des Datenabgleichs auf Einzelfall- und Krankenhausenebene wurden an die Verantwortlichen in den Kliniken zurückgespiegelt. Im Abschlussgespräch wurden geeignete Maßnahmen besprochen, welche zukünftig eine korrekte Erfassung sicherstellen sollen.

Über den Newsletter einer LQS wurden auch alle nicht geprüften Krankenhäuser in dem Bundesland über relevante Ergebnisse des Datenabgleichs informiert, sodass auch diese ihre Dokumentation für das Erfassungsjahr 2016 noch überprüfen konnten.

3.3 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

3.3.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Da es sich beim QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* um ein direktes Verfahren handelt, sind gemäß 9 Abs. 3 QSKH-RL dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich mindestens 5 % der Krankenhausstandorte in dem QS-Verfahren zu unterwerfen. Hierbei sind mindestens 4 Krankenhausstandorte und insgesamt mindestens 40 Fälle in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich einzubeziehen. Standorte mit weniger als 4 Fällen in dem betroffenen QS-Verfahren sind von der Stichprobe ausgeschlossen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte durch das IQTIG wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, 20 Fälle pro Standort bestimmt, bei denen eine kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie im EJ

2015 stattgefunden hat. Für diese wurde anhand der Patientenakte – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder und Abgleich mit den übermittelten QS-Daten durch zwei Mitarbeiter des IQTIG durchgeführt.

Für insgesamt 80 Fälle an 4 Krankenhausstandorten (20 Fälle je Standort) erfolgte eine Prüfung der Qualitätssicherungsdaten auf Korrektheit durch Abgleich mit den dokumentierten Angaben in der Patientenakte. Pro Fall wurden 32 Datenfelder (von insgesamt 122 Datenfeldern im Dokumentationsbogen) zweiterfasst und mit den Angaben aus der QS-Dokumentation abgeglichen. Aus der Stichprobe ausgeschlossen wurden Fälle mit kathetergestütztem perkutanem Aortenklappenersatz (TAVI). Diese inhaltliche Einschränkung der Stichprobe ist dadurch begründet, dass TAVI-Fälle in der kombinierten Koronar- und Aortenklappenchirurgie extrem selten sind und hierfür spezifische Datenfelder hätten geprüft werden müssen.

In zwei Krankenhausstandorten lagen die Patientenakten in elektronischer Form vor, in den beiden anderen Standorten in Papierform. In allen Krankenhausstandorten hatten die Mitarbeiter des IQTIG direkte Einsicht in die Patientenakten.

3.3.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren

Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 95,5 %. Bei einem der überprüften Krankenhausstandorte gab es lediglich Abweichungen bei einem Datenfeld; die drei weiteren Standorte wiesen Diskrepanzen bei maximal fünf der geprüften 32 Datenfelder auf. Die Fehldokumentationen waren sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Krankenhäuser. Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern.

Die 4 geprüften Krankenhausstandorte im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* haben durchschnittlich in 23 von den 32 geprüften Datenfeldern eine Übereinstimmungsrate von 100 %. Kein Standort hatte eine komplett fehlerfreie Dokumentation mit 100 % Übereinstimmung in allen Datenfeldern bzw. Fällen. Ebenso hatte aber auch kein Standort in allen geprüften Datenfeldern Dokumentationsprobleme (Übereinstimmungsraten unter 100 %).

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

Tabelle 11: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 2) Entlassender Standort	80	100 %
(DF 7) Geburtsdatum	80	100 %

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Pati- entenakte ersichtli- chen Angaben)	Übereinstim- mungsrate (QS-Do- kumentation und Patientenakte)
(DF 9) Körpergröße	80	86,3 %
(DF 11) Körpergewicht	80	85 %
(DF 13) klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)	76	68,4 %
(DF 15) Infarkte	80	92,5 %
(DF 16) kardiogener Schock/Dekompensation	80	100 %
(DF 17) Reanimation	80	98,8 %
(DF 18) Patient wird beatmet	80	100 %
(DF 20) Herzrhythmus bei Aufnahme	80	91,3 %
(DF 22) Einstufung nach ASA-Klassifikation	80	77,5 %
(DF 23) LVEF	80	97,5 %
(DF 28) akute Infektionen	80	98,8 %
(DF 29) Diabetes mellitus	80	93,8 %
(DF 30) arterielle Gefäßerkrankung	80	90,0 %
(DF 35) Lungenerkrankungen	80	96,3 %
(DF 36) neurologische Erkrankung(en)	80	98,8 %
(DF 37) Schweregrad der Behinderung *	6	100 %
(DF 38) präoperative Nierenersatztherapie	80	100 %
(DF 44) Koronarchirurgie	80	100 %
(DF 45) Aortenklappenchirurgie	80	100 %
(DF 46) sonstige OP	80	100 %
(DF 48) Dringlichkeit	80	90,0 %
(DF 51) Inotrope (präoperativ)	80	100 %
(DF 52) (präoperativ) mechanische Kreislaufunter- stützung	80	100 %
(DF 56) OP-Zeit	80	95 %
(DF 103) Mediastinitis	79	100 %
(DF 105) Myokardinfarkt	79	97,5 %
(DF 108) Zerebrales/zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	79	100 %
(DF 109) Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses *	4	100 %

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 110) Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung *	2	100 %
(DF 122) Entlassungsgrund	80	100 %

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

Körpergröße und Körpergewicht (bei Aufnahme)

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in allen vier besuchten Krankenhausstandorten bei 12 Fällen (Körpergewicht) bzw. 11 Fällen (Körpergröße) identifiziert werden. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesen Datenfeldern zwischen 65 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Bei einigen Patienten gab es unterschiedliche Angaben in verschiedenen Teilen der Patientenakte (Pflegedokumentation, ärztliches Aufnahmeprotokoll, Prämedikationsbogen der Anästhesie). Gelegentlich wurden Werte geschätzt. In drei Fällen war kein Körpergewicht oder keine Körpergröße in der Akte dokumentiert. Die beiden Datenfelder fließen in die Berechnung des Body-Mass-Index (BMI) ein, der wiederum in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren einfließt (BMI < 22 als Risikofaktor). Die Höhe der Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte war in allen Fällen geringfügig, sodass es hier keine Auswirkungen auf die Ergebnisse der Risikoadjustierung und Qualitätsindikatoren gibt.

NYHA-Klassifikation (klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz)

Abweichungen in insgesamt 24 Fällen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in drei der vier besuchten Krankenhausstandorte identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 30 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Gelegentlich fand sich in den Patientenakten die Angabe „NYHA 2 bis 3“. In diesen Fällen wurde die Übereinstimmung für beide übermittelte Kategorien als gegeben gewertet. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren ein („NYHA 4 = Beschwerden in Ruhe“ als Risikofaktor). In fast allen Fällen mit Abweichungen war die NYHA-Einstufung in der QS-Dokumentation höher als die in der Patientenakte. In zwölf Fällen befand sich die Einstufung NYHA 4 in der QS-Dokumentation, jedoch eine niedrigere NYHA-Einstufung in der Patientenakte. Letztere Fälle haben somit einen Einfluss auf die Risikoadjustierung zugunsten der Krankenhausstandorte. Das Datenfeld weist mit einer Übereinstimmungsrate von 68,4% das schlechteste Ergebnis des Datenabgleichs auf. Die Reliabilität des NYHA-Klassifizierungssystems (z. B. in Bezug auf die Interobserver-Variabilität) kann das Ergebnis negativ beeinflusst haben. Die Eignung und Nutzung der NYHA-Klassifizierung zum Zwecke der Risikoadjustierung bleibt im laufenden Jahr mit der Bundesfachgruppe Herzchirurgie zu diskutieren.

Infarkte (präoperativ)

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in zwei der vier besuchten Krankenhausstandorte bei insgesamt 6 Fällen identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 85 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In drei Patientenakten ließen sich zum Zwecke der Qualitätssicherung gemeldete präoperative Myokardinfarkte nicht finden. Die weiteren Diskrepanzen bezogen sich auf die Einstufung des zurückliegenden Zeitpunkts des Infarkts. Das Datenfeld „Infarkte (präoperativ)“ fließt in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren ein (Myokardinfarkt \leq 21 Tage als Risikofaktor). Die Abweichungen zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation wirkten im Rahmen der Risikoadjustierung in den meisten Fällen zuungunsten der Krankenhausstandorte.

Herzrhythmus bei Aufnahme

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in allen 4 besuchten Krankenhausstandorten bei insgesamt 7 Fällen identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 80 % (= Minimum) und 95 % (= Maximum). In drei Fällen wurde für die Qualitätssicherung ein Sinusrhythmus dokumentiert, obwohl laut Patientenakte Vorhofflimmern oder ein anderer (pathologischer) Rhythmus vorlagen. In vier Fällen wurde umgekehrt ein Vorhofflimmern für die Qualitätssicherung dokumentiert, dass in der Akte nicht dokumentiert war. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren ein (Vorhofflimmern oder „anderer“ Rhythmus als Risikofaktor). Die Auswirkungen auf die Risikoadjustierung sind innerhalb der vier Krankenhausstandorte heterogen; das Patientenrisikoprofil wurde sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Krankenhausstandorte beeinflusst.

ASA-Klassifikation

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in allen 4 besuchten Krankenhausstandorten bei insgesamt 18 Fällen identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 35 % (= Minimum) und 95 % (= Maximum). Im Gegensatz zum Dokumentationsverhalten bei der NYHA-Klassifikation der Herzinsuffizienz waren die Angaben hinsichtlich der ASA-Einstufungen in der Patientenakte meistens höher als in der QS-Dokumentation. Häufig wurde das Muster QS: ASA 3, PA: ASA 4 vorgefunden. In einem Krankenhausstandort war nicht bekannt, dass gemäß Ausfüllhinweis die ASA-Einstufung des Anästhesieprotokolls dokumentiert werden soll. Das Datenfeld ASA fließt in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren ein (ASA \geq 3 als ein Risikofaktor) ein. Da bei den Fällen mit Abweichungen mindestens ASA 3 in der QS-Dokumentation oder Patientenakte angegeben war, ergibt sich durch die Abweichungen keine Auswirkung auf das Risikoprofil. Das Datenfeld „ASA“ weist mit einer Übereinstimmungsrate von 77,5 % das zweitschlechteste Ergebnis des Datenabgleichs auf. Möglicherweise kommen bei der ASA-Klassifizierung die bereits unter NYHA erörterten Effekte der „weichen Grenzen“ zum Tragen. Auch hier ist die Diskussion in der Bundesfachgruppe im laufenden Jahr geplant.

Arterielle Gefäßerkrankung

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in 3 der 4 besuchten Krankenhausstandorte identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 75 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Bei den 8 diskrepanten Fällen wurde in der QS-Dokumentation das Vorliegen einer arteriellen Gefäßerkrankung angegeben, das sich nicht in der Patientenakte wiederfand. Es lag also eine Überdokumentation vor. Da das Datenfeld nicht in Qualitätsindikatoren einfließt und im Erfassungsjahr 2015 auch nicht in die Risikoadjustierung einging, hatten die Abweichungen keine Auswirkungen. Das Datenfeld wird jedoch jedes Jahr erneut auf die Eignung für die Risikoadjustierung geprüft.

Diabetes mellitus

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in 2 der 4 besuchten Krankenhausstandorte in 5 Fällen identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 85 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In zwei Fällen gab es eine Unterdokumentation eines Diabetes mellitus in der QS-Dokumentation. In den anderen Fällen konnten diskrepante Angaben hinsichtlich der Art der Behandlung des Diabetes mellitus identifiziert werden. Das Datenfeld „Diabetes mellitus“ fließt in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren ein (Diabetes [insulinpflichtig] als Risikofaktor). In den Fällen der Unterdokumentation haben die Standorte daher zu ihren Ungunsten fehldokumentiert. Die Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte wies eine Richtung auf, die das Ergebnis der Risikoadjustierung nicht ändert.

Dringlichkeit

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in 2 der 4 besuchten Krankenhausstandorte bei insgesamt 8 Fällen identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 75 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Die Unterschiede zwischen QS-Dokumentation und Angaben in der Patientenakte fanden sich gehäuft bei der Einstufung „elektiv“ und „dringlich“. Nur in einem Fall wurde ein Patient als Notfall in der QS-Dokumentation angegeben, obwohl es sich um einen elektiven Patienten handelte. Im Gespräch mit den Vertretern der Krankenhausstandorte zeigte sich, dass gelegentlich Schwierigkeiten in der Abgrenzung der Kategorie „dringlich“ bestehen. Insbesondere wurde das Fehlen konkreter Kriterien benannt. Bei einigen Qualitätsindikatoren werden Notfälle ausgeschlossen. In der Risikoadjustierung ist ein Notfall ein Risikofaktor. Es gab jedoch nur einen Fall mit falscher Dokumentation eines Notfalls, sodass hier kein relevanter Einfluss auf die Berechnung der Risikoadjustierung und Qualitätsindikatoren vorliegt.

3.3.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich

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

konsequente Analyse des Prozesses den jeweiligen Krankenhausstandorten in schriftlicher Form zurückgespiegelt.

4 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Für das Erfassungsjahr 2015 wurden in 13 der 25 QS-Verfahren jeweils zwischen 1 und 6 (verstetigte und neue) Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit angewendet (insgesamt $n = 45$ Auffälligkeitskriterien). Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2015 wurden anhand der festgelegten Auffälligkeitskriterien insgesamt 1.099 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Es waren über alle QS-Verfahren hinweg 714 Krankenhausstandorte in mindestens einem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig und 372 Krankenhausstandorte bestätigten in mindestens einem Auffälligkeitskriterium Fehldokumentationen.

Die aufgetretenen Dokumentationsfehler haben verschiedene Ursachen:

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

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Auffälligkeitskriterien pro QS-Verfahren dargestellt. Auffälligkeitskriterien, die keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse im EJ 2014 und EJ 2015 generiert haben, werden im Folgenden nicht dargestellt. Detailliertere Auswertungen zu allen Bewertungen und Maßnahmen, welche im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog angewendet wurden – auch differenziert nach Bundesländern – können dem Anhang zu diesem Bericht entnommen werden.

Entwicklung zum Vorjahr

Die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten ($n = 1.099$) ist im Vergleich zum Vorjahr ($n = 911$) gestiegen, wobei hier zu berücksichtigen ist, dass dies zum Teil auf die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien zurückzuführen ist. Der Anteil angeforderter Stellungnahmen ist im Vergleich zum Vorjahr in etwa konstant geblieben. Der Anteil der von den Leistungserbringern bestätigten Fehldokumentationen über alle QS-Verfahren hinweg ist hingegen gestiegen (EJ 2015: 63,2 %; EJ 2014: 50,0 %). Auch die absolute Anzahl weiterführender Maßnahmen im Strukturierten Dialog zu den rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs – insbesondere Zielvereinbarungen – ist verglichen zum Vorjahr höher.

Anteil bestätigter Fehldokumentationen an den Stellungnahmen

Anhand von Abbildung 3 ist zu erkennen, wie hoch der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen (Bewertung mit A40 oder A99) an den Stellungnahmen zu den AKs der Plausibilität und Vollständigkeit differenziert nach den QS-Verfahren im EJ 2015 ist. Im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV) ist der Anteil am höchsten, während er

im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* am niedrigsten ausfällt.

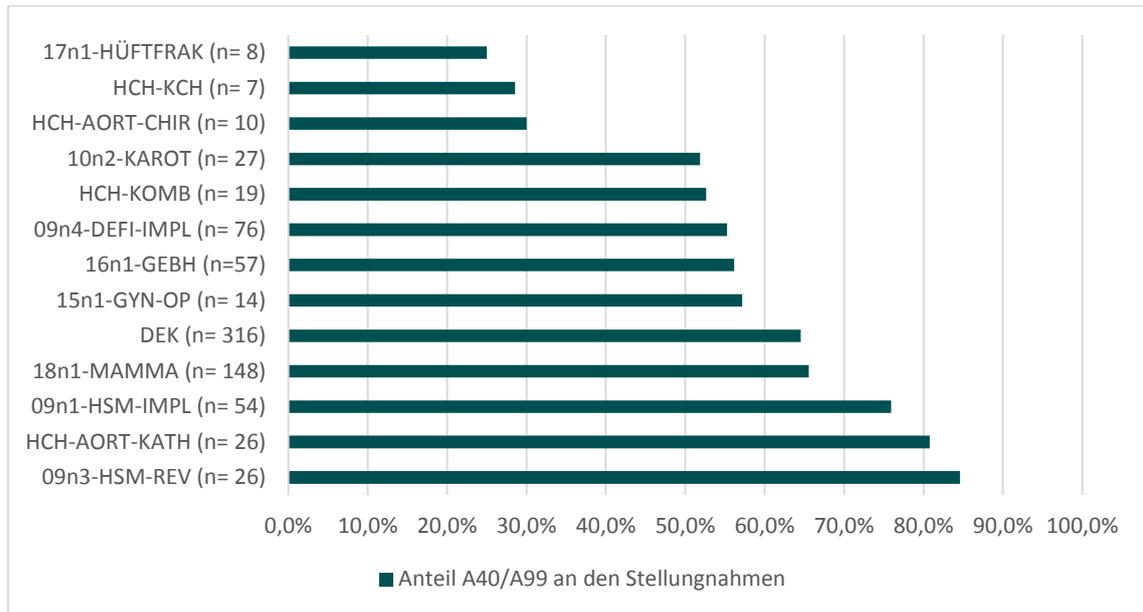


Abbildung 3: Bestätigte Fehldokumentationen zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)

n = Anzahl Stellungnahmen

Wiederholte Auffälligkeiten

Im Mittel waren pro AK 2,3 Standorte sowohl im EJ 2014 als auch im EJ 2015 in demselben AK rechnerisch auffällig. Das Maximum wiederholt auffälliger Standorte liegt bei 16 in dem AK 813068 „Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie“ aus dem QS-Verfahren *Mammachirurgie*. Durchschnittlich bestätigten pro AK 0,7 Krankenhausstandorte zwei Jahre in Folge eine fehlerhafte Dokumentation im SD (Bewertung A40 oder A99). Das Maximum an Standorten mit wiederholt bestätigter Fehldokumentation liegt bei 5 in dem AK 813068 „Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie“ aus dem QS-Verfahren *Mammachirurgie* und dem AK 813071 „Häufig führende Indikation ‚sonstiges‘“ aus dem QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL).

4.1 Herzchirurgie

4.1.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

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

	AK-ID 811809	AK-ID 815005	AK-ID 850322
Anzahl der betrachteten Standorte	58	70	88
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	3	5
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	0	1
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	2	3	5
Bewertungen			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	1	5
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	1	2	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0	0

Anmerkungen:

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

AK-ID 815005: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

AK-ID 850322: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

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

Bei diesem AK sind 2 Krankenhausstandorte mit vom Referenzbereich abweichenden Ergebnissen ermittelt worden (3,5 % der betrachteten Standorte). Beide Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. Keiner der Standorte war bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig. Die hausinterne Überprüfung ergab bei einem Krankenhausstandort eine korrekte Dokumentation, bei dem Anderen zeigte sich, dass die Angabe „sonstige Operation“ nicht in jedem Fall gerechtfertigt war, sodass die Ergebnisse entsprechend als „fehlerhafte Dokumentation“ gewertet wurden. Dieser Standort hatte im Vorjahr keine fehlerhafte Dokumentation. Bei diesem AK wurden die Rechenregeln von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind. Das AK wird mit einer Titeländerung in „Todesfälle mit Angabe sonstige Operation“ im EJ 2016 weitergeführt.

AK-ID 815005: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

3 Krankenhausstandorte zeigten bei diesem AK rechnerische Auffälligkeiten (4,3 % der betrachteten Standorte). Nach interner Überprüfung räumten 2 Standorte Versäumnisse bzgl. der Dokumentation ein. Der dritte Krankenhausstandort bestätigte eine korrekte Dokumentation. Bei diesem AK wurden die Rechenregeln (Regressionskoeffizienten Risikoadjustierung) von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind. Der strukturierte Dialog hat gezeigt, dass die Kommunikation über Ursachen und Kausalzusammenhänge in Bezug auf dieses Auffälligkeitskriterium häufig zu Missverständnissen führt. Das Auffälligkeitskriterium wird daher für das Erfassungsjahr 2016 durch eine Modifikation der Rechenregeln verständlicher gestaltet.

AK-ID 850322: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

5 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte wurden gebeten, die Korrektheit ihrer Dokumentation zu überprüfen (5,7 % der betrachteten Standorte). Ein Standort davon war bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig. Alle Standorte bestätigten eine korrekte Dokumentation. In den Stellungnahmen wurden die Ergebnisse auf eine gute Organisationsstruktur bzw. etabliertes Qualitätsmanagement zurückgeführt. Da auch in den vergangenen Jahren keine Fehldokumentationen festgestellt wurden, wird das AK ab dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr angewandt.

Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte in den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (konventionell chirurgisch) insgesamt ist von EJ 2014 (n = 15) zum EJ 2015 (n = 10) gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen ist vom EJ 2014 (40 %) auf das EJ 2015 (30 %) ebenfalls gesunken, wobei zu jeder rechnerischen Auffälligkeit eine Stellungnahme angefordert wurde.

4.1.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

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

	AK-ID 850282	AK-ID 850288	AK-ID 850323	AK-ID 850353
Anzahl der betrachteten Standorte	104	87	104	28
Ergebnisse				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	18	4	3	1
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	1	2	0	0
Maßnahmen				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	18	4	3	1
Bewertungen				

	AK-ID 850282	AK-ID 850288	AK-ID 850323	AK-ID 850353
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	1	2	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	16	3	1	1
Sonstiges [S99, S91]	0	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten				
Davon bereits im Vorjahr Fehldokumentation [A40, A99]	1	1	0	0

Anmerkungen:

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

AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

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

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

Bei diesem AK sind für 18 Krankenhausstandorte rechnerische Auffälligkeiten registriert worden (17,3 % der betrachteten Standorte). Ein Krankenhausstandort war bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig. Von allen betroffenen Standorten wurde jeweils eine Stellungnahme erbeten. Für 2 Standorte konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. Die krankenhausinterne Überprüfung ergab bei den verbleibenden 16 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation. In den meisten Fällen führten vereinzelte Angaben „unbekannt“ bei den Faktoren, die zur Ermittlung des zur Risikoadjustierung genutzten AKL-Scores benötigt werden (z. B. Größe und Gewicht), zur Auffälligkeit. Ein Krankenhausstandort wies 2 Jahre in Folge eine fehlerhafte Dokumentation auf. Nach Diskussion im Rahmen der Bundesfachgruppensitzung und Abwägung der Vor- und Nachteile wird die Risikoadjustierung in der Herzchirurgie modifiziert. Ab dem Erfassungsjahr 2016 werden die entsprechenden Risikofaktoren bei der Angabe „unbekannt“ als nicht vorhanden gewertet. Das Auffälligkeitskriterium ist somit obsolet und wird ab dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr angewandt.

AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Insgesamt 4 Krankenhausstandorte zeigten Abweichungen vom Referenzbereich bei diesem AK (4,6 % der betrachteten Standorte). 2 Krankenhausstandorte waren bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig. 3 Standorte bestätigten eine fehlerhafte Dokumentation. Ein Standort gab an, dass die Dokumentation den Eintragungen in den Patientenakten entspricht. Ein Krankenhausstandort wies 2 Jahre in Folge eine fehlerhafte Dokumentation auf. Bei diesem AK wurden die Rechenregeln (Regressionskoeffizienten Risikoadjustierung) von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind. Dieses Auffälligkeitskriterium wird analog zu dem gleichen AK im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (konventionell chirurgisch) in modifizierter Form im EJ 2016 weitergeführt.

AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

3 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte wurden gebeten, die Korrektheit ihrer Dokumentation zu überprüfen und ihre Maßnahmen, die zu diesem guten Ergebnis geführt haben, zu erläutern (2,9 % der betrachteten Standorte). 2 Häuser bestätigten eine korrekte Dokumentation. Sie führten das gute Ergebnis auf eine gute Organisationsstruktur bzw. etabliertes Qualitätsmanagement zurück. Ein Standort hatte abweichend von der Angabe in der QS-Dokumentation Todesfälle zu verzeichnen. Da bei diesen verstorbenen Patienten ausnahmslos „sonstige Operation“ dokumentiert wurde, wurden sie nicht zu den isolierten kathetergestützten Operationen gezählt und tauchten in der Auswertung des AK nicht auf. Das Ergebnis wurde mit fehlerhafter Dokumentation bewertet, da sich die Angabe „sonstige Operation“ als falsch herausstellte. Da bezüglich dieses Auffälligkeitskriteriums in den vergangenen Jahren keine Fehldokumentationen festgestellt wurden, wird dieses ab dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr angewandt.

AK-ID 850353: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

Bei diesem AK ist eine rechnerische Auffälligkeit bei dem im bereits vorangehenden Abschnitt (AK 850323) erörterten Krankenhausstandort registriert worden (3,6 % der betrachteten Standorte). Die krankenhausinterne Überprüfung ergab eine fehlerhafte Dokumentation in Bezug auf das Datenfeld „sonstige Operation“. Die Neuberechnung des risikoadjustierten Mortalitätsindikators „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen“ (QI-ID 12168), nun unter Berücksichtigung der verstorbenen Patienten, ergab keine Abweichung vom bundesweiten Referenzbereich, sodass in diesem Fall neben der Bewertung „A40: fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt“ auf weitere Maßnahmen verzichtet wurde. Das AK ist neu zum EJ 2015, zuvor wurde es gemeinsam mit den konventionell chirurgischen Eingriffen an der Aortenklappe in einem AK ausgewertet. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse nicht vergleichbar zum Vorjahr. Das AK wird mit einer Titeländerung in „Todesfälle mit Angabe sonstige Operation“ im EJ 2016 weitergeführt.

Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte in den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (kathetergestützt) insgesamt ist vom EJ 2014 (n = 22) zum EJ 2015 (n = 26) gestiegen. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen hat ebenfalls vom EJ 2014 (63,6 %) auf das EJ 2015 (80,8 %) zugenommen, wobei zu jeder rechnerischen Auffälligkeit eine Stellungnahme angefordert wurde.

4.1.3 Koronarchirurgie, isoliert

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

	AK-ID 813165	AK-ID 815002
Anzahl der betrachteten Standorte	45	82
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	5

	AK-ID 813165	AK-ID 815002
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	1	3
Maßnahmen		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	2	5
Bewertungen		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	1	1
Sonstiges [S99, S91]	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0

Anmerkungen:

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

AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Bei AK-ID 850324 („Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen“) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurde dieses Auffälligkeitskriterium im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

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

Bei diesem AK sind 2 rechnerische Auffälligkeiten registriert worden (4,4 % der betrachteten Standorte). Bei dem einen Standort handelte es sich um wiederholte Abweichungen vom bundesweit eingesetzten Referenzbereich. Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen zeigte sich, dass die Angabe „sonstige Operation“ nicht in allen Fällen gerechtfertigt war, sodass dieser Krankenhausstandort mit „fehlerhafte Dokumentation“ bewertet wurde. Der andere Krankenhausstandort hatte in den entsprechenden Fällen tatsächlich zusätzliche Operationen durchgeführt, die unter die Kategorie „sonstige Operationen“, wie im Ausfüllhinweis spezifiziert, fallen. Das AK wird mit einer Titeländerung in „Todesfälle mit Angabe sonstige Operation“ im EJ 2016 weitergeführt.

AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Bei insgesamt 5 Krankenhausstandorten wurden Abweichungen vom Referenzbereich dieses AK festgestellt (6,1 % der betrachteten Standorte). 4 Standorte teilten mit, dass die Dokumentation der Eintragungen in den Patientenakten entspricht. Ein Standort gab eine Fehldokumentation an. Bei diesem AK wurden die Rechenregeln (Regressionskoeffizienten Risikoadjustierung) von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind. Dieses Auffälligkeitskriterium wird analog zu dem gleichen AK im Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (konventionell chirurgisch) in modifizierter Form im EJ 2016 weitergeführt.

AK-ID 850324: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

In diesem Auffälligkeitskriterium gab es im EJ 2015 keine rechnerischen Auffälligkeiten. Da auch in den vergangenen Jahren keine Fehldokumentationen festgestellt wurden, wird das AK ab dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr angewandt.

Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte in den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit im QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert* insgesamt ist vom EJ 2014 (n = 8) zum EJ 2015 (n = 7) marginal gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen hat vom EJ 2014 (60 %) auf das EJ 2015 (28,6 %) abgenommen, wobei zu jeder rechnerischen Auffälligkeit eine Stellungnahme angefordert wurde.

4.1.4 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Zum Erfassungsjahr 2015 wurden drei neue Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität und Vollständigkeit eingeführt und erstmalig angewendet (AK-IDs 850354, 850355, 850356).

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

	AK-ID 850354	AK-ID 850355	AK-ID 850356	AK-ID 850325
Referenzbereiche	≤ 2 (90.Perzentil)	< 3,00 %	≤ 3,05 (95.Perzentil)	< 100,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	43	83	75	83
Ergebnisse				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	10	5	2
Davon wiederholt rechnerisch auffällig	_*	_*	_*	0
Maßnahmen				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	2	10	5	2
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0
Bewertungen				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	3	4	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2	7	1	0
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	0	0	0
Sonstiges [S99, S91]	0	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten				
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	_*	_*	_*	0

* es ist keine wiederholte rechnerische Auffälligkeit bzw. keine wiederholte Fehldokumentation möglich, da das AK erst zum EJ 2015 eingeführt wurde.

Anmerkungen:

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

AK-ID 850355: Risikoadjustierung nach dem KBA-Score vermehrt nicht möglich

AK-ID 850356: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

AK-ID 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

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

Bei diesem AK wurden zwei rechnerische Auffälligkeiten ermittelt (4,7 % der betrachteten Standorte). Von den betroffenen Krankenhausstandorten wurde jeweils eine Stellungnahme erbeten. Die krankenhauserne Überprüfung ergab bei beiden Standorten eine fehlerhafte Dokumentation. Die Zurechnung der Fälle zum risikoadjustierten Mortalitätsindikator ergab jedoch keinen Einfluss auf das Ergebnis. Das AK wird in der bestehenden Form weitergeführt.

AK-ID 850355: Risikoadjustierung nach dem KBA-Score vermehrt nicht möglich

Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurden für 10 Krankenhausstandorte rechnerische Auffälligkeiten ermittelt (12 % der betrachteten Standorte). Von den betroffenen Krankenhausstandorten wurde jeweils eine Stellungnahme erbeten. 3 Standorte bestätigten eine korrekte Dokumentation. Die krankenhauserne Überprüfung ergab bei den übrigen 7 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation. In den meisten Fällen führten vereinzelte Angaben „unbekannt“ bei den Datenfeldern, die zur Ermittlung des für die Risikoadjustierung genutzten KBA-Scores benötigt werden (z. B. Größe und Gewicht), zur Auffälligkeit. Nach einer Diskussion mit der Bundesfachgruppe Herzchirurgie und Abwägung der Vor- und Nachteile wird die Risikoadjustierung in den herzchirurgischen Verfahren zum Erfassungsjahr 2016 modifiziert: die Risikofaktoren mit der Angabe „unbekannt“ werden im Risikoadjustierungsmodell als nicht vorhanden gewertet. Das Auffälligkeitskriterium ist somit obsolet und die Streichung des AK zum Erfassungsjahr 2016 wurde vom IQTIG empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen.

AK-ID 850356: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Insgesamt 5 Krankenhausstandorte mit Abweichungen vom Referenzbereich wurden bei diesem AK ermittelt (6,7 % der betrachteten Standorte). 4 Standorte bestätigten eine korrekte Dokumentation. Ein Standort gab eine Fehldokumentation an. Zur Erhöhung der Verständlichkeit des AK wurde eine Modifikation der Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2016 vom IQTIG empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen.

AK-ID 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

2 Krankenhausstandorte waren rechnerisch auffällig in diesem AK und wurden gebeten, die Korrektheit ihrer Dokumentation zu überprüfen und ihre Maßnahmen, die zu diesem guten Ergebnis geführt haben, zu erläutern (2,4 % der betrachteten Standorte). Beide Häuser bestätigten eine korrekte Dokumentation. Sie führten das gute Ergebnis auf eine gute Organisationsstruktur bzw. etabliertes Qualitätsmanagement zurück. Da in diesem Auffälligkeitskriterium in den vergangenen Jahren keine Fehldokumentationen festgestellt wurden, wurde es vom IQTIG zur Streichung zum Erfassungsjahr 2016 empfohlen und auch so vom UA QS des G-BA beschlossen.

4.2 Transplantationen

Nierentransplantation

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

Mit diesem Auffälligkeitskriterium soll eine Aussage über die Zahl der Abstoßungen innerhalb des 1. Jahres nach der Nierentransplantation getroffen werden. Aufgrund von Einschränkungen in der technischen Umsetzung werden bislang bei der Auffälligkeitsberechnung jedoch nur die Abstoßungen während des stationären Aufenthaltes gezählt, da derzeit im Follow-up-Bogen nicht eindeutig ausgewiesen werden kann, wann eine Abstoßung im Follow-up-Zeitraum stattgefunden hat. Die Bundesfachgruppe empfiehlt daher, das Auffälligkeitskriterium als solches zu streichen. Das IQTIG hat dem Unterausschuss Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss die Streichung des Auffälligkeitskriteriums empfohlen. Der Erhebung einer akuten behandlungsbedürftigen Abstoßung der Niere misst die Bundesfachgruppe jedoch weiterhin Bedeutung zu und empfiehlt daher die Einführung eines Datumsfeldes im Follow-up-Bogen (Datum der akuten behandlungsbedürftigen Abstoßung der Niere). Ziel ist die Erfassung des Abstandes zwischen der Transplantation der Niere und einer eventuellen Abstoßung im Follow-up-Zeitraum (in Tagen) für eine zukünftige Verwendung in den Follow-up-Indikatoren. Nach Einführung des Datenfeldes mit der Spezifikation 2018 sollen entsprechende Indikatoren zur Abbildung einer behandlungsbedürftigen Abstoßung nach Nierentransplantation entwickelt werden.

Aufgrund der Einschränkung in der technischen Umsetzung erhielten alle 15 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte einen Hinweis, dass das Auffälligkeitskriterium derzeit nur eingeschränkt valide ausgewertet werden kann und daher die Krankenhausstandorte die Einstufung H99 erhielten.

4.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

4.3.1 Herzschrittmacher-Implantation

Tabelle 16: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Herzschrittmacher-Implantation

	AK-ID 813070	AK-ID 813071
Anzahl der betrachteten Standorte	1.123	1.123
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	43	46
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	7	12
Maßnahmen		
Hinweise	17	18
Stellungnahmen	26	28

	AK-ID 813070	AK-ID 813071
Bewertungen		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	5	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	16	25
Sonstiges [S91, S99]	0	1
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	3	5

Anmerkungen:

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom 'sonstiges'

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation 'sonstiges'

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom ‚sonstiges‘

3,8 % der datenliefernden Standorte (n = 43) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 26 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 61,5 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit 2 Krankenhäusern wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen.

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation ‚sonstiges‘

4,1 % der datenliefernden Standorte (n = 46) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 28 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 89,3 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen.

Die Anzahl der angeforderten Stellungnahmen für die beiden AKs ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 (n = 66 Stellungnahmen) – bei gleicher Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten – gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 71,2 % und ist vergleichbar mit dem Ergebnis aus dem EJ 2015.

Die AKs „häufig führendes Symptom sonstiges“ und „häufig führende Indikation sonstiges“ wurden vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen.

4.3.2 Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 17: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

	AK-ID 850339	AK-ID 850337	AK-ID 850338
Anzahl der betrachteten Standorte	881	859	878
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	18	12	11
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	3	3	2
Maßnahmen			
Hinweise	8	4	3
Stellungnahmen	10	8	8
Bewertungen			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	8	7	7
Sonstiges [S91, S99]	0	0	1
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	1	2	1

Anmerkungen:

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

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

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

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

1,4 % der datenliefernden Standorte (n = 12) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 8 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 87,5 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

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

1,3 % der datenliefernden Standorte (n = 11) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 8 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 87,5 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

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

2,0 % der datenliefernden Standorte (n = 18) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 10 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 80,0 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Bei einem Krankenhaus wurde als weiterführende Maßnahme im Strukturierten Dialog eine Begehung durchgeführt.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen für die drei AKs ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 (n = 55 Stellungnahmen) gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 85,5 % und ist vergleichbar mit dem Ergebnis aus dem EJ 2015.

Das AK „Häufige Angabe ‚kein Eingriff an der Sonde‘ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen“ wurde vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen. Die AKs „Häufige Angabe von nicht bekanntem Implantationsjahr beim Schrittmacher-Aggregat“ und „Häufige Angabe von ‚unbekannt‘ beim Zeitabstand zur Implantation der Sonde“ wurden vom IQTIG zur Streichung zum Erfassungsjahr 2016 empfohlen, da die damit zu validierenden Datenfelder nicht mehr länger QI-relevant sind und mit der Spezifikation zum EJ 2018 entfallen. Der UA QS des G-BA ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.3.3 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 18: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

	AK-ID 850313	AK-ID 850315	AK-ID 850316	AK-ID 850317	AK-ID 850314
Anzahl der betrachteten Standorte	751	751	751	751	750
Ergebnisse					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	27	17	51	16	7
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	7	4	10	1	1
Maßnahmen					

	AK-ID 850313	AK-ID 850315	AK-ID 850316	AK-ID 850317	AK-ID 850314
Hinweise	6	6	26	4	0
Stellungnahmen	21	11	25	12	7
Bewertungen					
Korrekte Dokumenta- tion [U30, U99]	3	0	14	4	1
Fehlerhafte Doku- mentation [A40, A99]	14	8	8	7	5
Sonstiges [S91, S99]	1	1	0	0	1
Wiederholte Auffälligkeiten					
Davon bereits im Vor- jahr fehlerhafte Doku- mentation [A40, A99]	3	1	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'

AK-ID 850314: Häufig ICD-System 'sonstiges'

AK-ID 850315: Häufige Angabe von LVEF 'nicht bekannt'

AK-ID 505316: Häufige Angabe von ASA 4

AK-ID 850317: Angabe von ASA 5

AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis ,sonstige'

3,6 % der datenliefernden Standorte (n = 27) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 21 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 66,7 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen.

AK-ID 850314: Häufig ICD-System ,sonstiges'

0,9 % der datenliefernden Standorte (n = 7) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. Alle Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 71,4 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

AK-ID 850315: Häufige Angabe von LVEF ,nicht bekannt'

2,3 % der datenliefernden Standorte (n = 17) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 11 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 72,7 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. In einem Krankenhaus wurde eine Begehung als weiterführende Maßnahme des Strukturierten Dialogs durchgeführt.

AK-ID 505316: Häufige Angabe von ASA 4

6,8 % der datenliefernden Standorte (n = 51) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 25 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 32,0 % der Stellungnahmen

wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. In einem Krankenhaus wurde eine Begehung durchgeführt und eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

AK-ID 850317: Angabe von ASA 5

2,1 % der datenliefernden Standorte (n = 16) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 12 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 58,3 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

Die Anzahl der angeforderten Stellungnahmen für die fünf AKs ist – bei konstanter Zahl an rechnerischen Auffälligkeiten – im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 (n = 87 Stellungnahmen) gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 62,0 % und ist damit leicht höher als das Ergebnis aus dem EJ 2015 (55,3 %).

Die AKs „Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige‘“, „Häufig ICD-System ‚sonstiges‘“, „Häufige Angabe von LVEF ‚nicht bekannt‘“ und „Angabe von ASA 5“ wurden vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen. Zudem wurde die Streichung des AK „Häufige Angabe von ASA 4“ empfohlen. Der UA QS des G-BA ist den Empfehlungen des IQTIG gefolgt.

4.4 Karotis-Revaskularisation

Tabelle 19: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Karotis-Revaskularisation

	AK-ID 850334	AK-ID 850332
Anzahl der betrachteten Standorte	584	646
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	21	20
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	4	4
Maßnahmen		
Hinweise	8	6
Stellungnahmen	13	14
Bewertungen		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	7	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	5	9
Sonstiges [S91, S99]	1	1
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0

Anmerkungen:

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

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

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

3,1 % der datenliefernden Standorte (n = 20) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 14 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 64,3 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

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

3,6 % der datenliefernden Standorte (n = 21) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 13 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 38,5 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen für die zwei AKs ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 (n = 32 Stellungnahmen) leicht gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 37,5 % und ist damit deutlich niedriger als das Ergebnis aus dem EJ 2015 (51,9 %).

Das AK „Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten“ wurde vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen. Das IQTIG hat des Weiteren empfohlen, das AK „Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)“ zu streichen, da sich dieses nicht bewähren konnte. Der UA QS des G-BA hat die Empfehlungen entsprechend den Vorschlägen des IQTIG empfohlen.

4.5 Orthopädie und Unfallchirurgie

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Tabelle 20: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

	AK-ID 850350
Anzahl der betrachteten Standorte	816
Ergebnisse	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	20
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	_*
Maßnahmen	
Hinweise	12

	AK-ID 850350
Stellungnahmen	8
Bewertungen	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	6
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2
Sonstiges [S91, S99]	0
Wiederholte Auffälligkeiten	
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	_*

* es ist keine wiederholte rechnerische Auffälligkeit bzw. keine wiederholte Fehldokumentation möglich, da das AK erst zum EJ 2015 eingeführt wurde.

Anmerkungen:

AK-ID 850350: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

AK-ID 850350: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

2,5 % der datenliefernden Standorte (n = 20) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 8 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 25,0 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen. Da das QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* durch den Ausschluss endoprothetisch versorgter Frakturen zum EJ 2015 ein neues QS-Verfahren darstellt, sind die Ergebnisse des AK nicht vergleichbar zum Vorjahr.

Das AK „Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer“ ist aufgrund der Umstrukturierung der orthopädischen/unfallchirurgischen QS-Verfahren zum EJ 2015 nicht vergleichbar mit dem gleichlautenden AK aus dem „alten“ QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur*, das sowohl die osteosynthetische als auch die endoprothetische Versorgung umfasste. Das AK wurde vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen.

4.6 Perinatalmedizin

Geburtshilfe

Tabelle 21: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Geburtshilfe

	AK-ID 850318	AK-ID 850319	AK-ID 850320
Anzahl der betrachteten Standorte	703	747	443
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	53	42	19
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	9	2	1
Maßnahmen			
Hinweise	25	19	13
Stellungnahmen	28	23	6
Bewertungen			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	9	6	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	19	11	2
Sonstiges [S91, S99]	0	1	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	4	0	0

Anmerkungen:

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

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

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

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

7,5 % der datenliefernden Standorte (n = 53) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 28 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 67,9 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

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

5,6 % der datenliefernden Standorte (n = 42) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 23 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 47,8 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

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

4,3 % der datenliefernden Standorte (n = 19) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 6 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 33,3 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

Die Anzahl der angeforderten Stellungnahmen für die drei AKs ist im Vergleich zum vorangehenden EJ 2014 (n = 67 Stellungnahmen) – bei gleichzeitig höherer Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten im EJ 2015 – gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 49,3 % und ist damit leicht niedriger als das Ergebnis aus dem EJ 2015 (56,1%). Beim AK 850319 wurden die Rechenregeln von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse hier nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind.

Die AKs „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ und „Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess“ wurden zur Weiterführung zum EJ 2016 durch das IQTIG empfohlen. Für letzteres AK wurde eine Modifikation der Rechenregeln und des AK-Titels vorgenommen, um das AK inhaltlich umfassender zu gestalten. Zur Streichung empfohlen wurde das AK „Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht“, da es sich im Strukturierten Dialog nicht als geeignet herausstellte. Der UA QS des G-BA ist den Empfehlungen des IQTIG in seinem Beschluss gefolgt.

4.7 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Tabelle 22: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

	AK-ID 850312	AK-ID 811823
Anzahl der betrachteten Standorte	782	816
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	6	13
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	3
Maßnahmen		
Hinweise	0	5
Stellungnahmen	6	8
Bewertungen		

	AK-ID 850312	AK-ID 811823
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	3	5
Sonstiges [S91, S99]	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	2

Anmerkungen:

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

AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

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

1,6 % der datenliefernden Standorte ($n = 13$) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 8 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 62,5 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

0,8 % der datenliefernden Standorte ($n = 6$) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. Alle Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 50,0 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen für die zwei AKs ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 ($n = 40$ Stellungnahmen) deutlich gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 37,5 % und ist damit deutlich niedriger als das Ergebnis aus dem EJ 2015 (57,1 %). Beim AK 850312 wurden die Rechenregeln von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse hier nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind.

Das AK „Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer“ wurde vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen. Das AK „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“ wurde vom IQTIG zur Streichung zum Erfassungsjahr 2016 empfohlen, da es sich im Strukturierten Dialog nicht bewähren konnte. Auch hier ist der UA QS der Empfehlung des IQTIG gefolgt.

4.8 Mammachirurgie

Zum Erfassungsjahr 2015 wurden 5 neue Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität und Vollständigkeit eingeführt und erstmalig angewendet (AK-IDs 850363, 850364, 850365, 850366, 850367). Insgesamt wurden keine weiterführenden Maßnahmen des Strukturierten Dialogs eingeleitet (kollegiales Gespräch, Begehung, Zielvereinbarung).

Tabelle 23: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Mammachirurgie

	AK-ID 850363	AK-ID 850364	AK-ID 850365	AK-ID 850366	AK-ID 850367	AK-ID 813068
Referenzbereiche	≤ 4,30 % (95. Perzentil)	≤ 2,78 % (95. Perzentil)	≤ 14,55 % (95. Perzentil)	= 0	≤ 1	≤ 4
Anzahl der betrachteten Standorte	791	798	917	917	761	774
Ergebnisse						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	28	17	38	3	89	37
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	_*	_*	_*	_*	_*	16
Maßnahmen						
Hinweise	5	3	17	2	31	6
Stellungnahmen	23	14	21	1	58	31
Weiterführende Maßnahmen						
Besprechungen	0	0	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0	0	5
Bewertungen						
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	5	1	8	0	21	5
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	16	13	12	1	34	21
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	0	0	0	0	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	2	0	1	0	0	1
Wiederholte Auffälligkeiten						
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	_*	_*	_*	_*	_*	5

* es ist keine wiederholte rechnerische Auffälligkeit bzw. keine wiederholte Fehldokumentation möglich, da das AK erst zum EJ 2015 eingeführt wurde.

Anmerkungen:

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

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

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

AK-ID 850366: Angabe von ASA 5

AK-ID 850367: Häufige Angabe „(y)pNX“

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

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

3,5 % der datenliefernden Standorte (n = 28) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurden 23 Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 69,6 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Einrichtungen zurückgemeldet. Anhand der Kommentare der LQS zeigt sich, dass 3 der mit U99 bewerteten Krankenhausstandorte eigentlich mit A40 hätten bewertet werden müssen, da im Kommentar Fehldokumentationen beschrieben werden. Somit ist der Anteil fehlerhafter Dokumentation nochmals höher.

Aus einer LQS wurden Dokumentationsunsicherheiten bei borderline-HER2-Befunden gemeldet und angeregt, die Ausfüllhinweise diesbezüglich ausführlicher zu fassen. Bei nicht eindeutigen Ergebnissen zum HER2-Status mit einem Verfahren (z. B. Immunhistochemie: Score 2+, d. h. IHC 2+) sollte komplementär ein anderes Verfahren (z. B. FISH/CISH) zum Einsatz kommen, um den HER2-Status zu klären. Liegt nur ein grenzwertiger Test (z. B. FISH Borderline oder Immunhistochemie 2+) vor, und der zweite Test wurde nicht durchgeführt bzw. das Ergebnis blieb grenzwertig, gilt das derzeit als Status unbekannt (vgl. Ausfüllhinweise). Zur Spezifikation 2017 wurde das Datenfeld „HER-2/neu-Status“ ergänzt um Erklärungen zu „negativ“ und „positiv“ (0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ); 1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)).

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

2,1 % der datenliefernden Standorte (n = 17) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurden 14 Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 92,9 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Einrichtungen zurückgemeldet. Anhand der Kommentare der LQS zeigt sich, dass einer der mit U99 bewerteten Krankenhausstandorte eigentlich mit A40 hätten bewertet werden müssen, da im Kommentar Fehldokumentationen beschrieben werden. Somit ist der Anteil fehlerhafter Dokumentation nochmals höher.

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

4,1 % der datenliefernden Standorte (n = 38) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurden 21 Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 57,1 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Einrichtungen zurückgemeldet.

AK-ID 850366: Angabe von ASA 5

0,3 % der datenliefernden Standorte (n = 3) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurde ein Krankenhausstandort zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten, der die fehlerhafte Dokumentation bestätigte.

AK-ID 850367: Häufige Angabe „(y)pNX“

11,7 % der datenliefernden Standorte (n = 89) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurden 58 Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 58,6 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Einrichtungen zurückgemeldet. Anhand der Kommentare der LQS zeigt sich, dass einer der mit U99 bewerteten Krankenhausstandorte eigentlich mit A40 hätten bewertet werden müssen, da im Kommentar Fehldokumentationen beschrieben werden. Somit ist der Anteil fehlerhafter Dokumentation nochmals höher.

Für das QS-Verfahren *Mammachirurgie* bewährten sich vier der originär fünf neu eingeführten Auffälligkeitskriterien. Zur Streichung empfohlen wurde das AK „Angabe von ASA 5“, da die Erhebung des Datenfelds mit der Spezifikation für das EJ 2017 entfällt. Die Empfehlungen des IQTIG wurden vom UA QS des G-BA beschlossen.

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

4,7 % der datenliefernden Standorte (n = 37) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 31 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 67,7 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit 5 Krankenhäusern wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 relativ konstant. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 63,3 %, ist also leicht angestiegen im EJ 2015.

Das AK wurde dem G-BA vom IQTIG zur Weiterführung im EJ 2016 empfohlen. Dieser Empfehlung ist der UA QS gefolgt.

4.9 Pflege: Dekubitusprophylaxe

Zum Erfassungsjahr 2015 wurden 6 neue Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität und Vollständigkeit eingeführt und erstmalig angewendet. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sind in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Pflege: Dekubitusprophylaxe

	AK-ID 850357	AK-ID 850358	AK-ID 850359	AK-ID 850360	AK-ID 850361	AK-ID 850362
Referenzbereiche	> 0	= 0	≤ 5,43 % (95. Perzentil)	< 100,00 %	≤ 10,38 % (95. Perzentil)	≤ 4
Anzahl der betrachteten Standorte	1.727	1.820	1.797	1.797	1.797	699
Ergebnisse						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	10	136	69	42	72	39
Maßnahmen						
Hinweise	4	4	11	9	12	10
Stellungnahmen	6	130	58	33	60	29
Weiterführende Maßnahmen						
Besprechungen	0	3	3	1	0	3
Begehungen	0	0	1	0	0	1
Zielvereinbarungen	0	9	12	0	12	1
Bewertungen						
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	26	3	21	2	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	6	72	43	11	47	25
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	6	0	1	0	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	27	11	0	10	2

Anmerkungen:

AK-ID 850357: Fehlende Dokumentation von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation trotz Dokumentation von Fällen in der Risikostatistik

AK-ID 850358: Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik

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

AK-ID 850360: Immer Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)

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

AK-ID 813062: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4

AK-ID 850357: Fehlende Dokumentation von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation trotz Dokumentation von Fällen in der Risikostatistik

In diesem AK waren 10 Krankenhausstandorte (0,6 % der datenliefernden Standorte) rechnerisch auffällig, da sie keine Fälle zur QS-Dokumentation des QS-Verfahrens *Pflege: Dekubitusprophylaxe* übermittelt hatten, obwohl eine Risikostatistik übermittelt wurde. In allen angefragten Krankenhausstandorten konnten Dokumentationsfehler bestätigt werden. Da in 40 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 4) lediglich ein Hinweis versendet wurde, kann hier nicht bewertet werden, ob eine fehlerhafte Dokumentation vorlag oder nicht.

AK-ID 850358: Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik

Das QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* ist ein langes Überliegenderverfahren. Dies bedeutet, dass in die QS-Dokumentation zum EJ 2015 die Patienten, die 2015 aufgenommen und entlassen wurden und die Überlieger aus dem Jahr 2014 (Aufnahme 2014, Entlassung 2015) einfließen. Dies gilt ebenfalls für die Risikostatistik, die basierend auf den im KIS befindlichen Routinedaten des Krankenhauses erstellt wird. Somit sollten sich keine Differenzen zwischen QS-Dokumentation und Risikostatistik ergeben.

7,5 % der datenliefernden Standorte (n = 136) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurden 130 Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 55,4 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Einrichtungen zurückgemeldet. 6 Krankenhausstandorte gaben keine (ausreichend) erklärenden Gründe an. 20,8 % (n = 27) der Stellungnahmen wurden mit „Sonstiges“ bewertet. 10 der mit „Sonstiges“ eingestuften Krankenhausstandorte hatten laut den Kommentaren der LQS jedoch Dokumentationsprobleme, sodass diese Fälle als Fehldokumentationen gezählt werden sollten. Als weiterführende Maßnahmen des Strukturierten Dialogs wurden zu diesem AK 3 Besprechungen mit auffälligen Krankenhausstandorten geführt und 9 Zielvereinbarungen geschlossen.

Von den LQS wurde berichtet, dass die Differenzen zum Teil auf Softwarefehler in der Risikostatistik bzw. durch eine fehlerhafte Programmierung der Risikostatistik bedingt waren. Weitere Ursachen waren vergessene Fallzusammenführungen und Schnittstellenprobleme zwischen der Pflege und den Ärzten bzw. zwischen der QS-Dokumentation und der Kodierung.

Nach Angaben der LQS war aufgrund des fehlenden Fallbezugs der Risikostatistik das Nachvollziehen und Prüfen der Differenzen für die Krankenhäuser schwierig. Die LQS meldeten weiter aus dem Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern zurück, dass zum Teil durch späte Updates der Softwareanbieter kein unterjähriger Abgleich zwischen QS-Dokumentation und Risikostatistik durch die Krankenhäuser – und somit keine Korrektur – möglich gewesen wäre.

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

3,8 % der datenliefernden Standorte (n = 69) lagen nicht im Referenzbereich des Auffälligkeitskriteriums. 58 Krankenhausstandorte wurden angeschrieben mit der Bitte um Stellungnahme. In 74,1 % der angeforderten Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt; die Angabe POA stellte sich anhand des Abgleichs mit den Angaben aus den Patientenakten nicht als unbekannt heraus. In 3 Krankenhausstandorten konnte die korrekte Dokumentation bestätigt werden. Anhand der Kommentare der LQS zeigt sich, dass 12 der mit U99 und S99 bewerteten Krankenhausstandorte eigentlich mit A40 hätten bewertet werden müssen, da im Kommentar Fehldokumentationen beschrieben werden. Somit ist der Anteil fehlerhafter Dokumentation nochmals höher. Als weiterführende Maßnahmen des Strukturierten Dialogs wurden zu diesem AK 3 Besprechungen mit auffälligen Krankenhausstandorten geführt, eine Begehung durchgeführt und 12 Zielvereinbarungen geschlossen.

AK-ID 850360: Immer Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)

2,3 % der datenliefernden Standorte (n = 42) lagen nicht im Referenzbereich des Auffälligkeitskriteriums. 33 Krankenhausstandorte wurden angeschrieben mit der Bitte um Stellungnahme. In 33,3 % der Stellungnahmen konnte eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt werden. Als weiterführende Maßnahme wurde eine Besprechung mit einem Krankenhausstandort durchgeführt.

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

4,0 % der datenliefernden Standorte (n = 72) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit auf. 60 Krankenhausstandorte wurden zur Stellungnahme aufgefordert. 78,3 % der angefragten Krankenhausstandorte bestätigten Fehldokumentationen. Die Kommentare der LQS zu den Bewertungen zeigen, dass die restlichen 12 mit U99 und S99 bewerteten Krankenhausstandorte eigentlich mit A40 hätten bewertet werden müssen, da im Kommentar Fehldokumentationen beschrieben sind. Somit ließen sich für alle angeschriebenen Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler bestätigen. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden insgesamt 12 Zielvereinbarungen geschlossen.

AK-ID 813062: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4

5,6 % der datenliefernden Standorte zu diesem Auffälligkeitskriterium hatten eine rechnerische Auffälligkeit (n = 39). Bei 29 Krankenhausstandorten wurden Stellungnahmen von den LQS angefordert. Bei 86,2 % der angefragten Krankenhausstandorte zeigte sich nach interner Prüfung, dass tatsächlich eine fehlerhafte Dokumentation vorlag. Mit 3 Krankenhäusern wurde ein kollegiales Gespräch geführt, mit einem eine Begehung durchgeführt und mit einer Klinik eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* stellten sich nach der erstmaligen Anwendung im Strukturierten Dialog 3 der ursprünglich 6 neu eingesetzten Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit als geeignet zur Weiterführung heraus. Zur Weiterführung empfohlen werden konnten die folgenden 3 AKs:

- Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)
- Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“
- Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 (mit Zusatz: *und kein Dekubitus bei Aufnahme oder Entlassung*)

Die AKs zur Prüfung von Abweichungen in der Anzahl der Dekubitusfälle zwischen QS-Dokumentation und Risikostatistik (AKs 850357 und 850358) haben sich im Strukturierten Dialog nicht als praktikabel erwiesen. Aus diesem Grund wurden sie zur Aussetzung zum Erfassungsjahr 2016 empfohlen, um Modifikationen zu prüfen, welche die AKs zielführender und praktikabler machen. Das AK „Immer Angabe, POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)“ hat sich ebenfalls im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern nicht bewährt, und wurde vom IQTIG daher zur Streichung empfohlen.

Die Empfehlungen des IQTIG wurden vom UA QS des G-BA entsprechend beschlossen.

5 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

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

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

Die Auffälligkeitskriterien zu Unter- und Überdokumentation werden in allen QS-Verfahren geprüft. Die Referenzbereiche für die AKs liegen bei $\geq 95,00\%$ (Unterdokumentation) und $\leq 110,00\%$ (Überdokumentation). In den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren liegt der Referenzbereich für das AK zur Unterdokumentation bei $\geq 100,00\%$. Im Erfassungsjahr 2015 wurde das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz in allen QS-Verfahren mit Ausnahme der Neonatologie und der transplantationsmedizinischen QS-Verfahren angewandt. Der Referenzbereich des AK zum Minimaldatensatz liegt bei $\leq 5,00\%$, sodass bei Überschreitung eines Anteils von $5,00\%$ Minimaldatensätzen an den für ein QS-Verfahren gelieferten Datensätzen ein Krankenhausstandort rechnerisch auffällig wird.

Auffälligkeitskriterien, die keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse im EJ 2014 und EJ 2015 generiert haben, werden im Folgenden nicht dargestellt. Eine ausführliche Darstellung der Maßnahmen und Bewertungen im Strukturierten Dialog zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit – auch differenziert nach Bundesländern für die indirekten QS-Verfahren – ist dem Anhang zu diesem Bericht zu entnehmen.

Anteil rechnerisch auffälliger Standorte unter den datenliefernden Standorten

In Abbildung 4, Abbildung 5 und Abbildung 6 sind die Anteile rechnerisch auffälliger Standorte in den AKs zur Vollzähligkeit an den datenliefernden Standorten differenziert nach QS-Verfahren für das EJ 2015 dargestellt. Für das AK Unterdokumentation zeigt sich der höchste Anteil im QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* mit $18,0\%$ ($n = 9$ Standorte). Den niedrigsten Anteil an unterdokumentierenden Standorten weisen die QS-Verfahren *Nierenlebenspende* und *Leberlebenspende* mit 0% auf (vgl. Abbildung 4). Beim AK zur Überdokumentation steht hingegen das QS-Verfahren *Nierenlebenspende* an erster Stelle mit einem Anteil rechnerisch auffälliger Standorte in Höhe von $2,6\%$ ($n = 1$ Standort). An letzter Stelle stehen die restlichen direkten QS-Verfahren mit jeweils 0% (vgl. Abbildung 5). Für das AK zum Minimaldatensatz (MDS) zeigt Abbildung 6, dass das QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* mit $1,6\%$ ($n = 24$ Standorte) den höchsten Anteil rechnerisch auffälliger Standorte aufweist. Keine rechnerisch auffälligen Standorte bzgl. des AK zum MDS weisen hingegen die QS-Verfahren des

Versorgungsbereichs *Herzchirurgie*, die QS-Verfahren *Geburtshilfe* und *Implantierbare Defibrilatoren* – *Aggregatwechsel* auf.

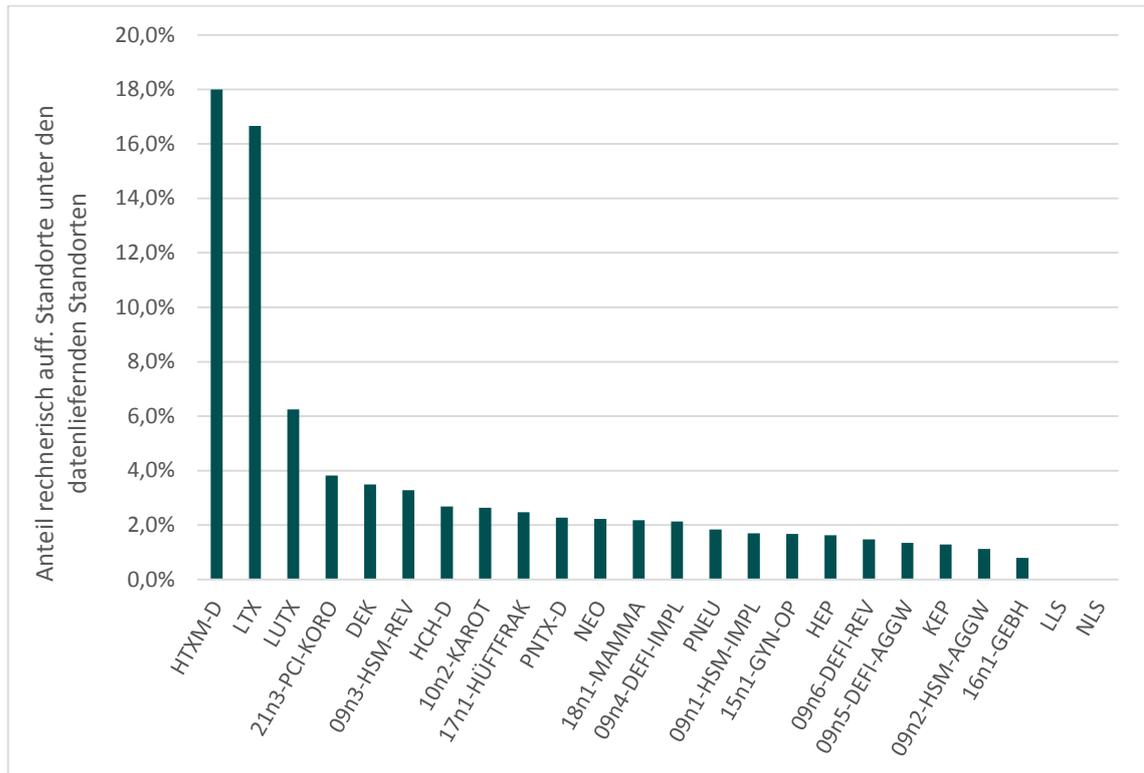


Abbildung 4: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Unterdokumentation unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015)

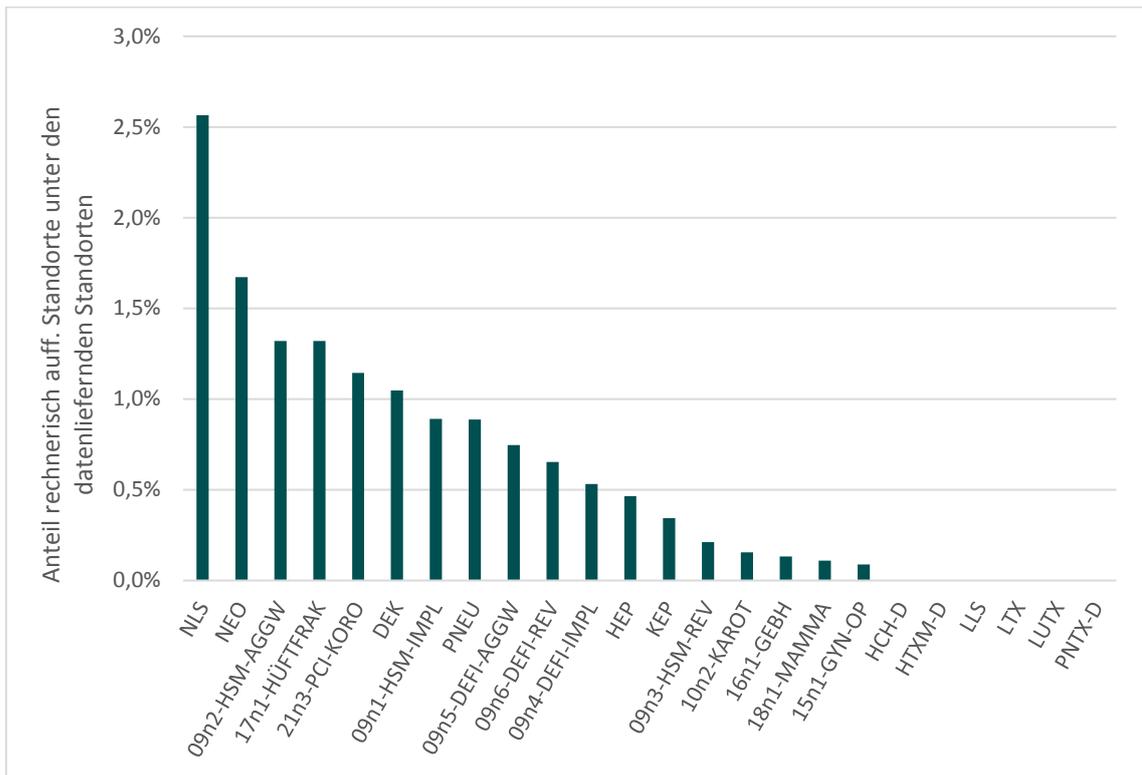


Abbildung 5: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Überdokumentation unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015)

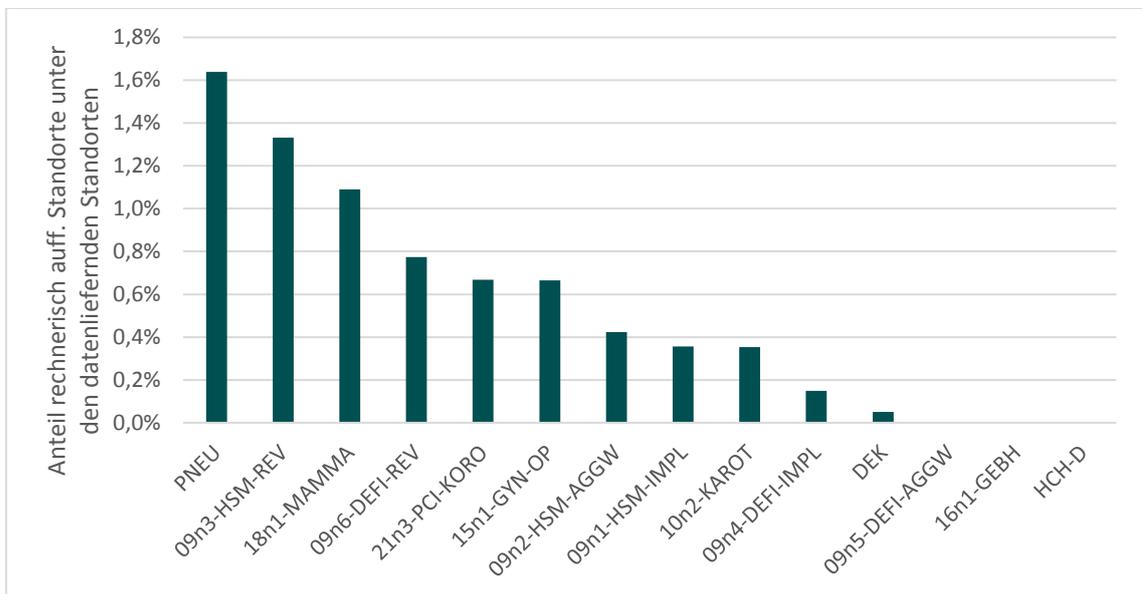


Abbildung 6: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Minimaldatensatz unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015)

Entwicklung zum Vorjahr

Die rechnerischen Auffälligkeiten in den AKs zur Unterdokumentation über alle QS-Verfahren (EJ 2015: n = 390) sind im Vergleich zum EJ 2014 (n = 469) insgesamt zurückgegangen. Die bestätigten Unterdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) sind über alle QS-Verfahren hinweg ebenfalls leicht gesunken (EJ 2014: 83 %; EJ 2015: 77,8 %).

Auch bei den AKs zur Überdokumentation zeigt sich ein leichter Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten (EJ 2014: n = 144; EJ 2015: n = 124). Die bestätigten Überdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) sind über alle QS-Verfahren hinweg im Vergleich zum Vorjahr jedoch angestiegen (EJ 2014: 79,8 %; EJ 2015: 92,0 %).

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

Wiederholte Auffälligkeiten

Im Mittel waren pro QS-Verfahren 1,6 Standorte sowohl im EJ 2014 als auch im EJ 2015 rechnerisch auffällig im AK zur Unterdokumentation. Das Maximum wiederholt rechnerisch auffälliger Standorte liegt bei 10 im QS-Verfahren *Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention*.

Im AK zur Überdokumentation waren im Durchschnitt pro QS-Verfahren 0,4 Standorte sowohl im EJ 2014 als auch im EJ 2015 rechnerisch auffällig. Das Maximum wiederholt rechnerisch auffälliger Standorte liegt bei 3 im QS-Verfahren *Neonatologie*.

Pro QS-Verfahren waren im AK zum Minimaldatensatz durchschnittlich 1,4 Standorte sowohl im EJ 2014 als auch im EJ 2015 rechnerisch auffällig. Das Maximum wiederholt auffälliger Standorte liegt bei 13 im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*.

5.1 Indirekte QS-Verfahren

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien der Vollständigkeit in den indirekten QS-Verfahren beschrieben.

5.1.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

Durchschnittlich wurden über die indirekten QS-Verfahren 43,7 % Hinweise an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. Unterdokumentation verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob tatsächlich eine Unterdokumentation vorlag, nicht möglich.

Im QS-Verfahren *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention* wurden 2 Zielvereinbarungen mit Krankenhäusern zur Erhöhung der Dokumentationsrate geschlossen. In den QS-

Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV) und *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* wurden ebenfalls 2 bzw. eine Zielvereinbarung geschlossen, um die vollzählige Dokumentation zu verbessern. Es wurde auch jeweils eine Begehung durchgeführt. In den anderen indirekten QS-Verfahren fanden keine weiterführenden Maßnahmen des Strukturierten Dialogs zum AK Unterdokumentation Anwendung.

Rechnerisch auffällige Standorte

In Abbildung 7 sind die rechnerisch auffälligen Standorte zum AK Unterdokumentation nach QS-Verfahren für das EJ 2014 und 2015 gegenübergestellt. Für die im EJ 2015 neu eingeführten orthopädischen/unfallchirurgischen QS-Verfahren (*Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*, *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung*) ist kein Vergleich zum Vorjahr möglich. Ein Rückgang in der Zahl rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte im AK Unterdokumentation ist in den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule 09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV), *Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*, *Karotis-Revaskularisation*, *Mammachirurgie*, *Koronarangiographie* und *Perkutane Koronarintervention* und *Ambulant erworbene Pneumonie* zu verzeichnen. In den QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation*, *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* und *Pflege: Dekubitusprophylaxe* ist die Zahl rechnerisch auffälliger Standorte hingegen im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Etwa konstant geblieben ist die Zahl rechnerisch auffälliger Standorte in den QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel*, *Geburtshilfe* und *Neonatologie*.

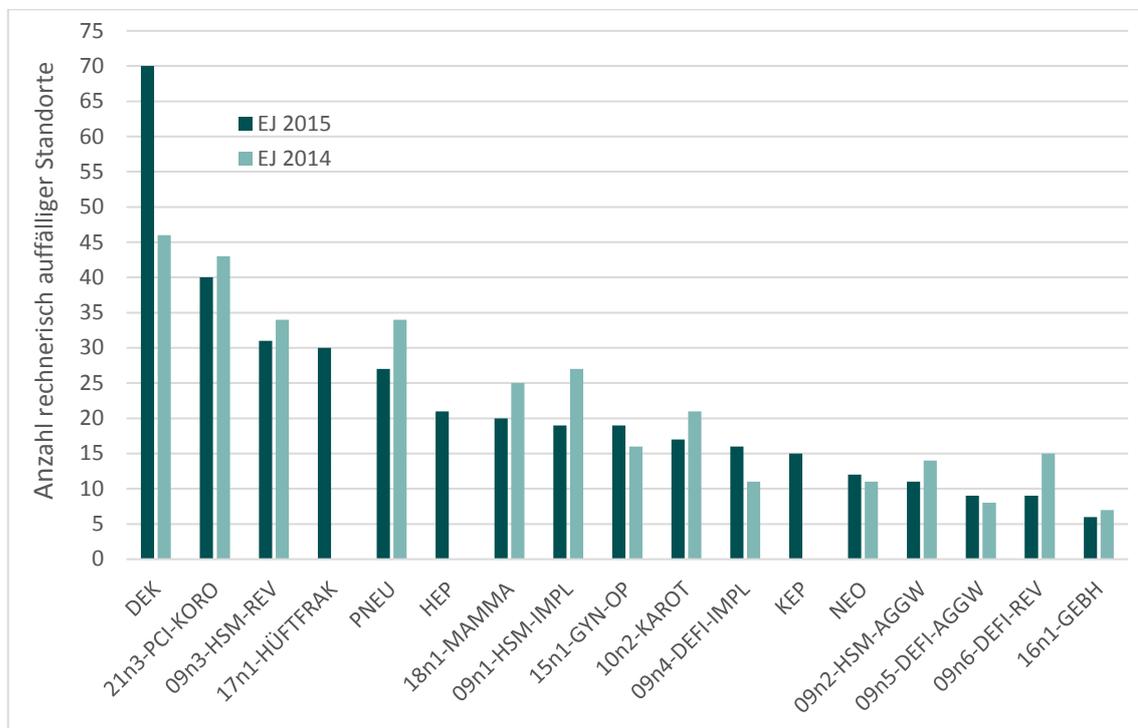


Abbildung 7: Rechnerische Auffälligkeiten AK Unterdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015)

Bestätigte Unterdokumentationen

In Abbildung 8 sind die tatsächlichen/bestätigten Unterdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) differenziert nach QS-Verfahren für das EJ 2015 dargestellt. In den QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel* und *Neonatologie* ist der Anteil bestätigter Unterdokumentationen mit 100 % am höchsten. Am niedrigsten fällt er im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW) aus. Über alle indirekten Verfahren liegt der mittlere Anteil bestätigter Unterdokumentationen bei 77,1 %.

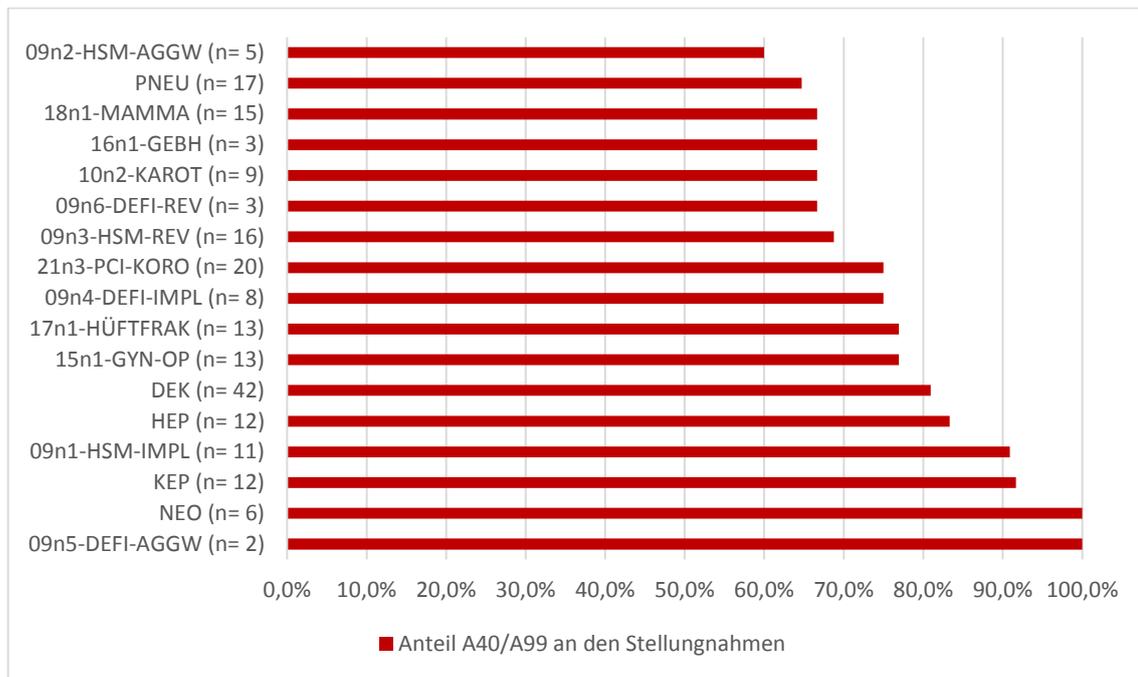


Abbildung 8: Bestätigte Unterdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)

n = Anzahl Stellungnahmen

Wiederholte Auffälligkeiten

Die höchste Zahl wiederholter rechnerischer Auffälligkeiten im AK zur Unterdokumentation zeigt sich im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*. An erster Stelle der meisten wiederholt bestätigten Unterdokumentationen im Strukturierten Dialog (A40 oder A99) stehen die QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* und *Ambulant erworbene Pneumonie* (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Unterdokumentation (EJ 2014 und 2015)

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Unterdokumentation (A40, A99)
09n1-HSM-IMPL	3	1
09n2-HSM-AGGW	1	0
09n3-HSM-REV	7	2

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Unterdokumentation (A40, A99)
09n4-DEFI-IMPL	2	1
09n5-DEFI-AGGW	1	0
09n6-DEFI-REV	1	0
10n2-KAROT	4	3
15n1-GYN-OP	0	0
16n1-GEBH	0	0
18n1-MAMMA	0	0
21n3-PCI-KORO	3	2
DEK	10	3
NEO	0	0
PNEU	5	2

5.1.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

Durchschnittlich wurden über die indirekten QS-Verfahren 38,5 % Hinweise an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. Überdokumentation verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob tatsächlich eine Überdokumentation vorlag, nicht möglich.

Im QS-Verfahren *Neonatologie* wurde eine Zielvereinbarung mit einem Krankenhaus zur Verringerung der Überdokumentation geschlossen. In den anderen indirekten QS-Verfahren fanden keine weiterführenden Maßnahmen des Strukturierten Dialogs zum AK Überdokumentation Anwendung.

Rechnerisch auffällige Standorte

In Abbildung 9 sind die rechnerisch auffälligen Standorte zum AK Überdokumentation nach QS-Verfahren für das EJ 2014 und 2015 gegenübergestellt. Für die im EJ 2015 neu eingeführten orthopädischen/unfallchirurgischen QS-Verfahren (*Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung, Hüftendoprothesenversorgung und Knieendoprothesenversorgung*) ist kein Vergleich zum Vorjahr möglich. Ein Rückgang in der Zahl rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte im AK Überdokumentation ist in den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV), *Karotis-Revaskularisation*, *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*, *Geburtshilfe*, *Mammachirurgie* und *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention* zu verzeichnen. In den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule 09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW), *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation*, *Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel*, *Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*, *Pflege: Dekubitusprophylaxe* und *Neonatologie* ist die Zahl rech-

nerisch auffälliger Standorte hingegen im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Konstant geblieben ist die Zahl rechnerisch auffälliger Standorte im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*.

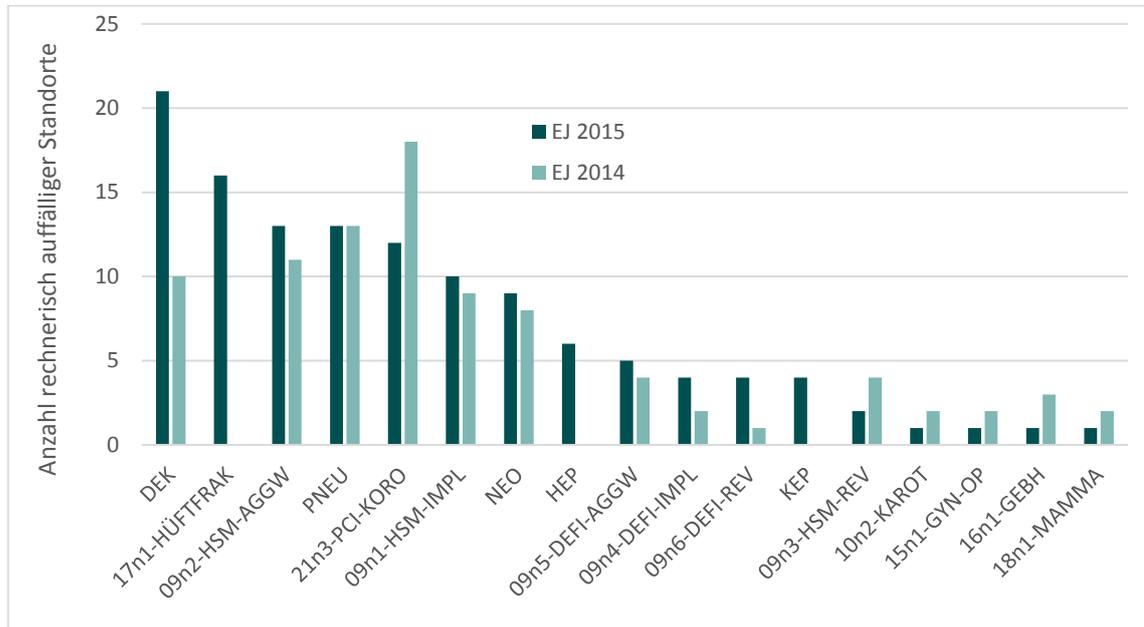


Abbildung 9: Rechnerische Auffälligkeiten AK Überdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015)

Bestätigte Überdokumentationen

In Abbildung 10 sind die tatsächlichen/bestätigten Überdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) differenziert nach QS-Verfahren für das EJ 2015 dargestellt. In allen QS-Verfahren mit Ausnahme von *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW), *Neonatalogie* und *Ambulant erworbene Pneumonie* ist der Anteil bestätigter Überdokumentationen bei 100 %. Am niedrigsten fällt er im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09m2-HSM-AGGW) mit 57,1 % aus. Über alle indirekten Verfahren liegt der mittlere Anteil bestätigter Überdokumentationen bei 95,1 %.

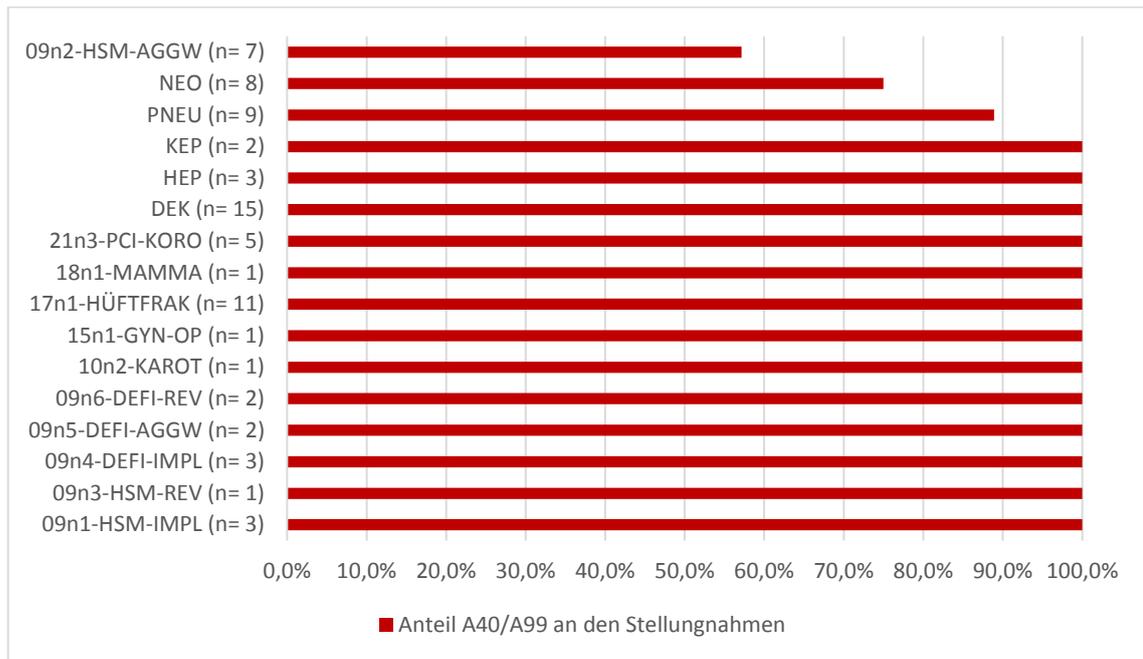


Abbildung 10: Bestätigte Überdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)

n = Anzahl Stellungnahmen

Wiederholte Auffälligkeiten

Die größte Anzahl an Krankenhausstandorten, die wiederholt im AK zur Überdokumentation rechnerisch auffällig sind, weist das QS-Verfahren *Neonatologie* mit drei Standorten auf. Die meisten sowohl im EJ 2014 als auch EJ 2015 bestätigten Überdokumentationen weisen mit jeweils einem Standort die QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW), *Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel* und *Pflege: Dekubitusprophylaxe* auf (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Überdokumentation (EJ 2014 und 2015)

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Überdokumentation (A40, A99)
09n1-HSM-IMPL	0	0
09n2-HSM-AGGW	2	1
09n3-HSM-REV	0	0
09n4-DEFI-IMPL	0	0
09n5-DEFI-AGGW	1	1
09n6-DEFI-REV	0	0
10n2-KAROT	0	0
15n1-GYN-OP	0	0
16n1-GEBH	0	0

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Überdokumentation (A40, A99)
18n1-MAMMA	0	0
21n3-PCI-KORO	0	0
DEK	2	1
NEO	3	0
PNEU	0	0

5.1.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz

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

Durchschnittlich wurden über die indirekten QS-Verfahren 39,5 % Hinweise an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. des AK zum MDS verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob der Minimaldatensatz berechtigterweise angelegt wurde, nicht möglich.

Im QS-Verfahren *Mammachirurgie* wurde eine Zielvereinbarung mit einem Krankenhaus geschlossen. In den anderen indirekten QS-Verfahren fanden keine weiterführenden Maßnahmen des Strukturierten Dialogs zum AK MDS Anwendung.

Rechnerisch auffällige Standorte

In Abbildung 11 sind die rechnerisch auffälligen Standorte zum AK Minimaldatensatz nach QS-Verfahren für das EJ 2014 und 2015 gegenübergestellt. Ein Rückgang in der Zahl rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte im AK MDS ist in den QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation*, *Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel*, *Karotis-Revaskularisation* und *Mammachirurgie* zu verzeichnen. In den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW), *Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*, *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*, *Koronarangiographie* und *Perkutane Koronarintervention*, *Pflege: Dekubitusprophylaxe* und *Ambulant erworbene Pneumonie* ist die Zahl rechnerisch auffälliger Standorte hingegen im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Konstant geblieben ist die Zahl rechnerisch auffälliger Standorte in den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL, 09n3-HSM-REV) und *Geburtshilfe*.

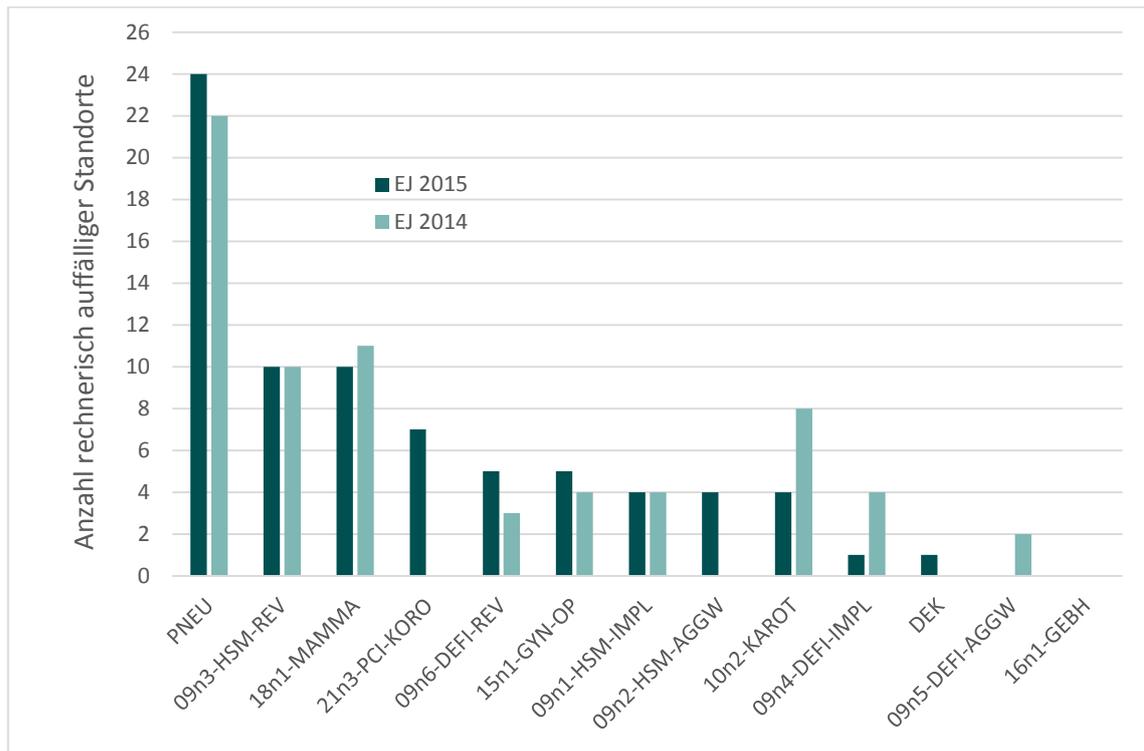


Abbildung 11: Rechnerische Auffälligkeiten AK Minimaldatensatz nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015)

Bestätigte Fehldokumentationen Minimaldatensatz

In Abbildung 12 sind die tatsächlichen/bestätigten Fehldokumentationen beim AK zum Minimaldatensatz (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) differenziert nach QS-Verfahren für das EJ 2015 dargestellt. In den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV) und *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention* liegt der Anteil bestätigter Fehldokumentationen bei 100 %. Am niedrigsten fällt er in den QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* mit jeweils 0 % aus. Über alle indirekten Verfahren liegt der mittlere Anteil bestätigter Fehldokumentationen bei 48,7 %.

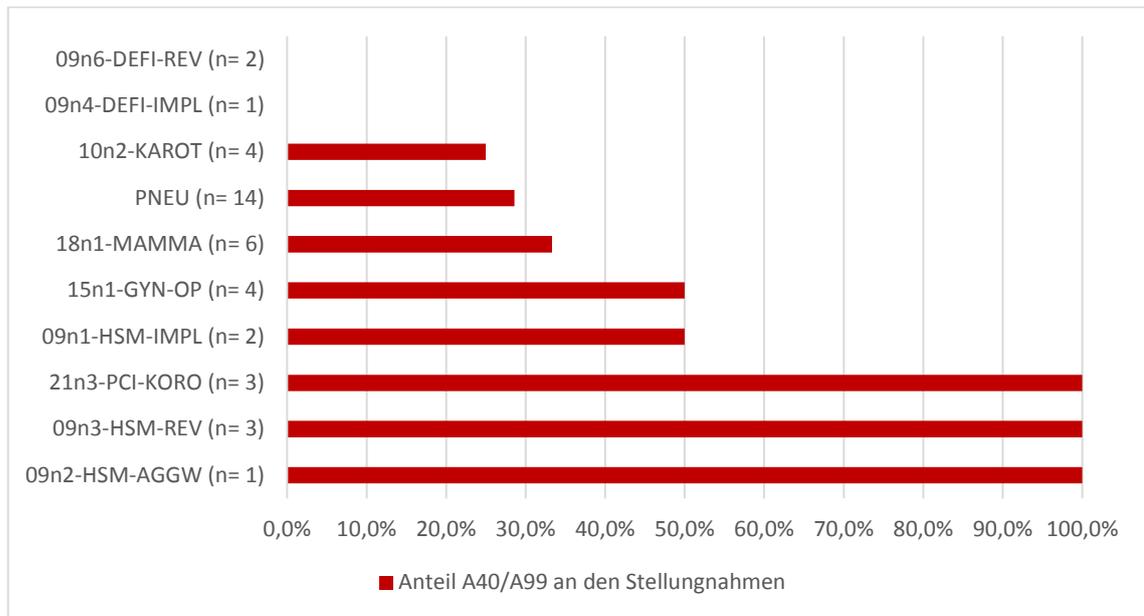


Abbildung 12: Bestätigte Fehldokumentationen Minimaldatensatz nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)

n = Anzahl Stellungnahmen

Wiederholte Auffälligkeiten

Im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* sind mit 13 Krankenhausstandorten die meisten wiederholt rechnerisch auffälligen Standorte im AK zum Minimaldatensatz unter den QS-Verfahren zu finden. Kein Standort bestätigte jedoch wiederholt eine fehlerhafte Dokumentation zwei Jahre in Folge (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Minimaldatensatz (EJ 2014 und 2015)

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Fehldokumentation (A40, A99)
09n1-HSM-IMPL	0	0
09n2-HSM-AGGW	0	0
09n3-HSM-REV	1	0
09n4-DEFI-IMPL	0	0
09n5-DEFI-AGGW	0	0
09n6-DEFI-REV	1	0
10n2-KAROT	0	0
15n1-GYN-OP	2	0
16n1-GEBH	0	0

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Fehldokumentation (A40, A99)
18n1-MAMMA	2	0
21n3-PCI-KORO	0	0
DEK	0	0
PNEU	13	0

5.1.4 Ergebnisse zur Vollständigkeit in den Zählleistungsbereichen – Orthopädie/Unfallchirurgie

Ab dem Erfassungsjahr 2015 wird die Vollständigkeit der QS-Dokumentation in den QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* nicht mehr nur fallbezogen, sondern auch prozedurenbezogen ermittelt und im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog über Auffälligkeitskriterien geprüft. Die prozedurbezogenen „Zählleistungsbereiche“ erfassen beispielsweise, wie viele Patienten eine Erstimplantation und einen Wechsel während eines Aufenthalts hatten.

Es kam bundesweit zu rechnerischen Auffälligkeiten, insbesondere zu Unterdokumentationen bei Wechseleingriffen im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* (vgl. Tabelle 28). Zur Unterdokumentation der Wechseleingriffe bei HEP (HEP_WE) wurde als weiterführende Maßnahme im Strukturierten Dialog mit einem Krankenhaus ein kollegiales Gespräch geführt und eine Zielvereinbarung geschlossen.

Insgesamt wurden an die rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte viele Hinweise versendet (z. B. AKs zur Unterdokumentation: 84 % bei KEP_WE; 82 % bei HEP_WE), sodass für die nicht zur Stellungnahme aufgeforderten Standorte keine Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit möglich war.

Insgesamt zeigt sich bei den AKs zur Unterdokumentation und Überdokumentation in den Zählleistungsbereichen der Orthopädie/Unfallchirurgie, dass pro AK etwa 50 % und mehr der angesprochenen Krankenhausstandorte mit „fehlerhafte/unvollständige Dokumentation“ nach Abschluss des Strukturierten Dialogs bewertet wurden (vgl. Tabelle 28 und Tabelle 29).

Als Gründe für die Unterdokumentationen wurde in den Kommentaren der LQS insbesondere angegeben, dass die Prozedurbögen nicht automatisch ausgelöst würden, sodass diese von den Dokumentierenden händisch angelegt werden müssen. Zudem wurde auf Startschwierigkeiten der neuen Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* verwiesen.

Aus den Kommentaren der LQS zu den mit U99 oder S99 bewerteten Krankenhausstandorten ist zum Teil nicht ersichtlich, ob tatsächlich eine korrekte/vollständige Dokumentation vorlag bzw. keine Bewertung der Auffälligkeit möglich war.

Tabelle 28: Ergebnisse der AKs zur Unterdokumentation in den Zählleistungsbereichen HEP und KEP

ZLB	AK-ID	betrachtete Standorte	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellungnahmen	fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	Sonstiges (S99, S91)
HEP_IMPL	850274	1.290	37	6	4	0	2
HEP_WE	850276	1.290	385	68	27	5	33
KEP_IMPL	850344	1.164	41	14	7	3	4
KEP_WE	850346	1.164	187	30	17	5	6

Tabelle 29: Ergebnisse der AKs zur Überdokumentation in den Zählleistungsbereichen HEP und KEP

ZLB	AK-ID	betrachtete Standorte	rechnerisch auffällig	Angeforderte Stellungnahmen	fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	Sonstiges (S99, S91)
HEP_IMPL	850275	1.290	22	0	-	-	-
HEP_WE	850277	1.290	50	4	2	0	2
KEP_IMPL	850345	1.164	6	1	1	0	0
KEP_WE	850347	1.164	43	12	6	1	4

Durch das IQTIG wurden die folgenden Maßnahmen zur Unterstützung einer vollzähligen Dokumentation durch die Leistungserbringer ergriffen:

- Thematisierung des Problems auf Softwareanbietertreffen, Verfahrensteilnehmertreffen, LQS-Treffen und im Fachausschuss QS-IT des G-BA
- Informationsschreiben an die Krankenhäuser (Hinweise für die Dokumentierenden und Informationen zur Spezifikation)
- Einführung von Plausibilitätsregeln in der Spezifikation 2017 zur Kreuzvalidierung der Datenfelder „Art des Eingriffs“ und „Prozedur(en)“ (= OPS-Kodes)
- Prüfung der technischen Umsetzbarkeit einer automatisierten Auslösung von Prozedurbögen durch den QS-Filter
- Prüfung von Möglichkeiten zur Optimierung der Ausfüllhinweise und Erläuterungen zum Minimaldatensatz

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in Folge der aufgetretenen Problematik der Unterdokumentation in den Zählleistungsbereichen der Orthopädie/Unfallchirurgie die diesbezügliche Sanktionsregelung nach § 24 QSKH-RL für die Erfassungsjahre 2015 und 2016 ausgesetzt.

5.2 Direkte QS-Verfahren

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

5.2.1 Herzchirurgie

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

Insgesamt 3 Standorte waren im EJ 2015 rechnerisch auffällig in Bezug auf Unterdokumentation (2,7 % der datenliefernden Standorte) und wurden gebeten, diese zu erklären. Einer der drei Standorte war bereits im Vorjahr diesbezüglich rechnerisch auffällig und bestätigte auch wiederholt die unvollzählige Dokumentation im Strukturierten Dialog.

Ein Krankenhausstandort hat auf eine Fehlermeldung nach der Datenlieferung nicht reagiert und versäumt, das Datenpaket erneut zu senden. Ein Krankenhausstandort konnte nach einem externen digitalen Angriff auf das Datensystem keinerlei Daten exportieren. Da der Standort lediglich im Bereich der kathetergestützten Aortenklappen-Implantationen tätig war, wurde um Übermittlung der intern geführten Mortalitätsstatistik gebeten. Das Ergebnis lag innerhalb des bundesweiten Referenzbereichs. Ein drittes Krankenhaus mit 2 Standorten hatte Probleme, die Patienten den Standorten korrekt zuzuordnen. Inzwischen sind die beiden Standorte zusammengeführt worden, sodass das Problem nicht mehr auftreten kann. Alle Ergebnisse wurden als „unvollzählige Dokumentation“ (A40) gewertet.

Rechnerische Auffälligkeiten zur Überdokumentation und zum Minimaldatensatz sind im EJ 2015 in der Herzchirurgie nicht aufgetreten. Im EJ 2014 gab es ebenfalls keine rechnerischen Auffälligkeiten bezüglich Überdokumentation, jedoch einen rechnerisch auffälligen Standort bzgl. des AK zum Minimaldatensatz.

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

Neben der Prüfung der fallbezogenen Vollzähligkeit für die herzchirurgischen QS-Verfahren wird auch die prozedurenbezogene Vollzähligkeit (Unter- und Überdokumentation) in den Zählleistungsbereichen *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (endovaskulär)* und *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (transapikal)* überprüft (vgl. Tabelle 30). Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2014) ist die Anzahl der Krankenhäuser mit rechnerisch auffälligem Ergebnis gestiegen (EJ 2014: n = 4; EJ 2015: n = 14). Beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal) war ein Standort mit rechnerischer Auffälligkeit bereits im Vorjahr auffällig und ein Standort bestätigte über zwei Jahre (EJ 2014 und 2015) eine unvollzählige Dokumentation. Es gab keine Krankenhausstandorte, die eine rechnerische Auffälligkeit aufgrund von Überdokumentation aufwiesen.

Tabelle 30: Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen - Aortenklappenchirurgie, isoliert - kathetertgestützt

	AK-ID 850289	AK-ID 850291
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	106	77
Ergebnisse		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	6	8
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	1
Maßnahmen		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	6	8
Weiterführende Maßnahmen		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
Bewertungen		
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	4
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	6	4
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten		
Davon bereits im Vorjahr unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	1

Anmerkungen:

AK-ID 850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)

AK-ID 850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)

5.2.2 Transplantationen

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

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

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

Tabelle 31: Ergebnisse zur Vollzähligkeit und Vollständigkeit in den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren

Auffälligkeitskriterium	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahmen	Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation (A40, A99)
Unterdokumentation	15	15	13
Überdokumentation	1	1	1
Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up	18	5	2
Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up	14	5	3
Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up	17	9	4
Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	1	1	0
Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	1	1	1
Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	1	1	0

Bei den Dokumentationsraten im Follow-up wurden lediglich Hinweise an die rechnerisch auffälligen Standorte versendet, wenn diese gleichzeitig rechnerische Auffälligkeiten in den Worst-Case-Indikatoren aufwiesen. Bei Letzteren wird eine fehlende Dokumentation im Follow-up so interpretiert, dass es keinen Hinweis gibt, dass der Patient komplikationsfrei überlebt hat, weshalb eine schwere Komplikation bzw. der Tod des Patienten angenommen wird (Worst Case). Fehlende Dokumentationen führen daher zu gleichzeitigen Auffälligkeiten in den Worst-Case-Indikatoren und werden daher auf der Dokumentationsseite nur mit Hinweisen adressiert. Der Strukturierte Dialog wird zu den Worst-Case-Indikatoren geführt.

Unterdokumentation

Eine rechnerische Auffälligkeit aufgrund von Unterdokumentation wiesen insgesamt 15 Standorte aus den QS-Verfahren *Lebertransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation, Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* auf. In 86,7 % der angeforderten Stellungnahmen wurde die unvollständige Dokumentation bestätigt. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte bezüglich Unterdokumentation ist im Vergleich zum EJ 2014 (n = 5) gestiegen.

Überdokumentation

Eine rechnerische Überdokumentation wies lediglich ein Krankenhausstandort im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* auf, der diese im Strukturierten Dialog bestätigte. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr konstant.

Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

Es traten rechnerische Auffälligkeiten bei Krankenhausstandorten in den QS-Verfahren *Herztransplantation, Lebertransplantation, Nierenlebenspende* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* auf. In 40,0 % der angeforderten Stellungnahmen bestätigten die Leistungserbringer die unvollständige Dokumentation. Es wurde mit einem Krankenhausstandort im Auswertungsmodul Herztransplantation eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsrate geschlossen. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist im Vergleich zum EJ 2014 (n = 6) gestiegen.

Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

Es traten rechnerische Auffälligkeiten bei Krankenhausstandorten in den QS-Verfahren *Leberlebenspende, Lebertransplantation, Nierenlebenspende* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* auf. In 60,0 % der angeforderten Stellungnahmen bestätigten die Leistungserbringer die unvollständige Dokumentation. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr leicht gestiegen (EJ 2014: n = 12).

Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

Es traten rechnerische Auffälligkeiten bei Krankenhausstandorten in den QS-Verfahren *Leberlebenspende, Lungen- und Herz-Lungentransplantation, Lebertransplantation, Nierenlebenspende* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* auf. In 44,4 % der angeforderten Stellungnahmen bestätigten die Leistungserbringer die unvollständige Dokumentation. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr leicht gestiegen (EJ 2014: n = 13).

Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus

Im 1-Jahres-Follow-up war ein Standort aus dem QS-Verfahren *Lebertransplantation* rechnerisch auffällig aufgrund der häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus. Im Strukturierten Dialog stellte sich heraus, dass die Dokumentation korrekt war (U30). Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr konstant.

Im 2-Jahres-Follow-up war ein Standort aus dem QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* rechnerisch auffällig aufgrund der häufigen Angabe eines unbekanntes Überle-

bensstatus. Im Strukturierten Dialog stellte sich heraus, dass die Dokumentation tatsächlich fehlerhaft war (A40). Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr konstant.

Bezüglich des AK zum unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up zeigte ein Krankenhausstandort eine rechnerische Auffälligkeit im QS-Verfahren *Lebertransplantation*, die sich nach Abschluss des Strukturierten Dialogs jedoch nicht bestätigen ließ. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr leicht gesunken (EJ 2014: n = 4).

Beim QS-Verfahren *Lebertransplantation* zeigten sich wiederholte rechnerische Auffälligkeiten in den Dokumentationsraten zum Follow-up. Ein Standort bestätigte 2 Jahre in Folge die unvollständige Dokumentation bei der Dokumentationsrate im 3-Jahres-Follow-up. Beim QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* zeigten sich ebenfalls bei den Dokumentationsraten im Follow-up wiederholte rechnerische Auffälligkeiten. 2 Standorte bestätigten wiederholt die unvollständige Dokumentation.

Ergebnisse zur Vollständigkeit in den Zählleistungsbereichen – Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

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

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und bestätigten Fehldokumentationen in den AKs zur Unter- und Überdokumentation bei den Herztransplantationen ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 konstant geblieben. Kein Krankenhausstandort war wiederholt rechnerisch auffällig oder bestätigte zweimal in Folge (EJ 2014 und 2015) eine unvollständige Dokumentation.

Das erstmalig im EJ 2015 eingesetzte AK zur Unterdokumentation bei den Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen löste bei 16 % der datenliefernden Standorte eine rechnerische Auffälligkeit aus. In 75 % der dazu angeforderten Stellungnahmen wurde die unvollständige Dokumentation von den betroffenen Krankenhausstandorten bestätigt. Zum Teil resultierten die fehlenden Datensätze auf einer softwarebedingten falschen Zuordnung der Zählleistungsbereiche bei erstmaliger Anwendung des Moduls Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen. Im EJ 2015 gab es keine Krankenhausstandorte, die eine rechnerische Auffälligkeit im AK zur Überdokumentation bei den Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen aufwiesen.

Tabelle 32: Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen - Herztransplantation/Kunstherzen

	AK-ID 850239	AK-ID 850240	AK-ID 850249
Referenzbereiche	≥ 100,00 %	≤ 110,00 %	≥ 100,00
Anzahl der betrachteten Standorte	22	22	50
Ergebnisse			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	2	8
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	0	—*
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	3	2	8
Weiterführende Maßnahmen			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0
Bewertungen			
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	1	2	2
unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	2	0	6
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0
Wiederholte Auffälligkeiten			
Davon bereits im Vorjahr unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	—*

*Da in diesem Jahr erstmalig Daten für dieses QS-Verfahren erhoben wurden, ist eine wiederholte Auffälligkeit nicht möglich.

Anmerkungen:

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

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

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

5.3 Erkenntnisse zu Gründen der Unter- und Überdokumentation

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

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

Als Gründe für Überdokumentationen wurden folgende Punkte identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
 - unterbliebene Stornierung bereits angelegter Datensätze bei Übermittlung von neu ange-legten korrigierten Datensätzen mit neuer Vorgangsnummer
 - bei Fallzusammenführungen wurden übermittelte Datensätze nicht storniert
 - Personalwechsel
 - Übermittlung nicht dokumentationspflichtiger Fälle
 - mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung
- Softwareprobleme
 - fehlerhafte Sollstatistik z. B. durch unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstel-lung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationser-klärung

- nicht optimales Zusammenspiel zwischen QS-Filter und Erfassungssoftware (Berücksichtigung von nicht QS-pflichtige Fällen)
- fehlerhafte Dokumentation

Für die LQS und das IQTIG ist es zum Teil schwer zu beurteilen, inwieweit Probleme mit der eingesetzten Software durch den zuständigen Mitarbeiter des Krankenhauses vor Ort hätten behoben werden können, oder ob Software-Fehler oder -Probleme eine korrekte Erfassung oder Vollzähligkeitskontrolle zeitgerecht gar nicht zuließen.

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

6 Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 wurden zeitgleich zur Datenvalidierung über alle QS-Verfahren hinweg 15.858 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren bearbeitet. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sind in Tabelle 33 dargestellt. Der prozentuale Anteil bei den Maßnahmen des Strukturierten Dialogs bezieht sich auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten. Der prozentuale Anteil bei den Einstufungen im Strukturierten Dialog bezieht sich auf die Anzahl angeforderter Stellungnahmen. Bei der Versendung von Hinweisen ist eine Klärung der Ursachen der rechnerischen Auffälligkeiten und somit eine Einstufung der Ergebnisse nicht möglich. Da in 37,6 % (EJ 2015) der rechnerischen Auffälligkeiten Hinweise versendet wurden, kann der tatsächliche Anteil an Dokumentationsproblemen (gemessen am Anteil der Einstufungen D50, D51, D99, U33 an den angeforderten Stellungnahmen) nicht vollständig beurteilt werden.

Tabelle 33: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren (alle QS-Verfahren): Dokumentationsprobleme im EJ 2014 und 2015.

	EJ 2015		EJ 2014	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	15.858	100,0 %	16.428	100,0 %
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen	94	0,6 %	132	0,8 %
Hinweise	5.965	37,6 %	6.691	40,7 %
Stellungnahmen	9.797	61,8 %	9.600	58,4 %
Sonstiges	3	0,0 %	5	0,0 %
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechungen	282	1,8 %	282	1,7 %
Begehungen	19	0,1 %	60	0,4 %
Zielvereinbarungen	1.121	7,1 %	794	4,8 %
Einstufungen				
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	6.021	61,5 %	6.291	65,5 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.761	18,0 %	1.687	17,6 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.655	16,9 %	1.434	14,9 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	482	4,9 %	356	3,7 %
Einstufungen detailliert (Auswahl)				
Qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) [U33]	1.178	12,0 %	1.160	12,1 %

	EJ 2015		EJ 2014	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation [D50]	1.537	15,7 %	1.313	13,7 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	56	0,6 %	55	0,6 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	62	0,6 %	66	0,7 %

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich, dass die absolute Anzahl der mit D50, D51 und D99 bewerteten Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren über alle QS-Verfahren hinweg vom EJ 2014 zum EJ 2015 um 221 (+ 15,4 %) gestiegen ist. Der Anstieg ist hauptsächlich der Bewertungskategorie "D50: „Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation zuzuschreiben“. Der Anteil der Bewertungen D50, D51, D99 an den Stellungnahmen ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 leicht angestiegen. Der Anteil der Bewertungskategorie U33 ist relativ konstant zum Vorjahresergebnis. Die absolute Anzahl der angeforderten Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren ist um 197 im Vergleich zum Vorjahr gestiegen – bei gesunkener Zahl rechnerischer Auffälligkeiten (- 570), wodurch sich möglicherweise ein gewisser Teil des Anstiegs der Bewertungen mit D50, D51, D99 erklären lässt. Beim Vergleich mit den Vorjahreszahlen ist zu berücksichtigen, dass durch die Aussetzung und Neueinführung von QS-Verfahren sowie das Streichen und Neueinführen von Qualitätsindikatoren die Zahl der QIs im EJ 2014 und 2015 nicht deckungsgleich ist (EJ 2014 n = 393 QIs; EJ 2015 n = 351 QIs). Im EJ 2014 wurden durch 253 Qualitätsindikatoren rechnerische Auffälligkeiten ausgelöst, während es im EJ 2015 198 Qualitätsindikatoren waren, die zu rechnerischen Auffälligkeiten führten.

Qualitätsindikatoren mit den meisten Dokumentationsproblemen

In Tabelle 34 sind die 15 Qualitätsindikatoren (über alle QS-Verfahren) aufgeführt, bei denen auf Basis der Bewertungen im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 am häufigsten Dokumentationsprobleme (Anteil D50, D51, D99, U33 an den Stellungnahmen) aufgetreten sind. Über alle Qualitätsindikatoren hinweg liegt der durchschnittliche Anteil an Bewertungen mit D50, D51, D99 an den Stellungnahmen pro QI bei 14,0 %. Dies bedeutet, dass bei durchschnittlich 14,0 % der rechnerischen Auffälligkeiten mit angeforderter Stellungnahme zu einem Qualitätsindikator keine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität möglich war. In Tabelle 35 sind die 15 Qualitätsindikatoren mit der höchsten absoluten Anzahl an Bewertungen D50, D51, D99 oder U33 aufgelistet. Insbesondere in den im EJ 2015 neu eingeführten QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* zeigen sich hier Dokumentationsmängel bei den Qualitätsindikatoren.

Tabelle 34: Qualitätsindikatoren mit den meisten Dokumentationsproblemen (EJ 2015) (Anteil der Bewertungen an den Stellungnahmen)

	Modul	QI-ID: QI-Bezeichnung	Einstufungen (absolut)					Anteil gesamt an den Stellungnahmen
			D50	D51	D99	U33	gesamt	
1	KEP	54023: perioperative Antibiotokaprophylaxe	3	-	-	1	4	100,0 %
2	LLS	12609: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (1 Jahr nach Leberlebenspende)	-	-	-	1	1	100,0 %
3	LLS	12617: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	-	-	-	1	1	100,0 %
4	21n3-PCI-KORO	12773: Dosisflächenprodukt	22	6	2	26	56	80,0 %
5	10n2-KAROT	604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	1	-	-	11	12	80,0 %
6	16n1-GEBH	330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	27	-	-	28	55	77,5 %
7	NLS	51568: Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	-	-	-	10	10	76,9 %
8	LLS	51604: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	-	-	-	3	3	75,0 %
9	KEP	54020: Indikation zur Knie-Totalendoprothese	44	-	-	15	59	74,7 %
10	HEP	54001: Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	80	1	-	39	120	74,5 %
11	HEP	54004: Sturzprophylaxe	142	2	19	19	182	70,5 %
12	10n2-KAROT	603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	5	-	-	27	32	69,6 %
13	21n3-PCI-KORO	2311: Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz	12	1	1	3	17	68,0 %
14	NEO	51845: Aufnahmetemperatur nicht angegeben	21	1	-	17	39	67,2 %
15	NTX	51562: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	-	-	-	2	2	66,7 %

Tabelle 35: Qualitätsindikatoren mit den meisten Dokumentationsproblemen (EJ 2015) (absolute Zahl der Bewertungen)

	Modul	QI-ID: QI-Bezeichnung	Einstufungen (absolute Anzahl)				
			D50	D51	D99	U33	gesamt
1	DEK	52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	101	2	11	89	203
2	KEP	54022: Indikation zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel	120	1	-	68	189
3	HEP	54004: Sturzprophylaxe	142	2	19	19	182
4	HEP	54001: Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	80	1	-	39	120
5	HEP	54002: Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel	65	-	-	42	107
6	KEP	54021: Indikation zur Schlittenprothese	58	1		38	97
7	PNEU	50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	58	3	1	34	96
8	HEP	54010: Beweglichkeit bei Entlassung	62	-	-	20	82
9	PNEU	2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	47	3	2	26	78
10	18n1-MAMMA	52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	42	-	-	35	77
11	KEP	54020: Indikation zur Knie-Totalendoprothese	44	-	-	15	59
12	21n3-PCI-KORO	12773: Dosisflächenprodukt	22	6	2	26	56
13	PNEU	2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	36	2	-	18	56
14	16n1-GEBH	318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	24	-	-	32	56
15	16n1-GEBH	330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	27	-	-	28	55

Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren nach Versorgungsbereichen

In Tabelle 36 sind Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren je Versorgungsbereich dargestellt. Bei der Bewertung der wiederholten Dokumentationsprobleme (wiederholte Einstufung D50, D51, D99, U33) ist darauf hinzuweisen, dass hier die wiederholte Einstufung in einem der Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs – jedoch nicht zwingend in ein und demselben Qualitätsindikator – gezählt wurde. Beim Vergleich der Standorte mit wiederholten Auffälligkeiten (Bewertung D50, D51, D99 oder U33) zwischen den Versorgungsbereichen ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der datenliefernden Standorte und Qualitätsindikatoren zwi-

schen den Versorgungsbereichen variiert. Die Wahrscheinlichkeit einer wiederholten Bewertung mit D50, D51, D99 oder U33 hängt zum Teil auch von der Anzahl der QIs eines Versorgungsbereichs ab.

Mit 38,1 % Bewertungen D50, D51, D99 und U33 an den Stellungnahmen weist der Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie den höchsten Anteil an Dokumentationsproblemen im EJ 2015 auf. Den geringsten Anteil weisen die transplantationsmedizinischen Verfahren mit 11,4 % auf. In den meisten Versorgungsbereichen sind die Anteile vom EJ 2014 zum EJ 2015 gesunken. In den Versorgungsbereichen *Ambulant erworbene Pneumonie*, *Herzchirurgie* und *Mammachirurgie* sind sie hingegen gestiegen (vgl. Tabelle 36).

Im Durchschnitt wurden pro Versorgungsbereich 43,3 Standorte wiederholt (EJ 2014 und 2015) mit D50, D51, D99 oder U33 bewertet. Die höchste Anzahl wiederholter Dokumentationsprobleme zeigt sich mit 114 Standorten bei der *Ambulant erworbenen Pneumonie*. Die geringste Anzahl an Standorten mit wiederholter Bewertung D50, D51, D99 oder U33 ist mit drei Standorten in der *Herzchirurgie* zu verzeichnen.

Tabelle 36: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren - nach Versorgungsbereichen

Versorgungsbereich	EJ 2015		EJ 2014		Standorte mit wiederholter Bewertung D50, D51, D99 oder U33
	Standorte mit mindestens einer Bewertung D50, D51, D99 oder U33	Anteil D50, D51, D99, U33 an den Stellungnahmen	Standorte mit mindestens einer Bewertung D50, D51, D99 oder U33	Anteil D50, D51, D99, U33 an den Stellungnahmen	
Herzschrittmacher und Defibrillatoren (09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV, 09n4-DEFI-IMPL, 09n5-DEFI-AGGW, 09n6-DEFI-REV)	197	17,8 %	197	19,5 %	56
Kardiologie (21n3-PCI-KORO)	126	28,8 %	132	34,5 %	40
Orthopädie und Unfallchirurgie (HEP, KEP, 17n1-HÜFT-FRAK)	581	28,9 %	_*	_*	_*
Perinatalmedizin (16n1-GEBH, NEO)	189	36,7 %	194	41,9 %	63
Mammachirurgie (18n1-MAMMA)	128	25,6 %	72	23,6 %	16
Gynäkologische Operationen (15n1-GYN-OP)	161	32,3 %	124	34,6 %	41
Pflege (DEK)	221	38,1 %	277	50,0 %	76
Gefäßchirurgie (10n2-KAROT)	64	30,4 %	34	25,5 %	7
Pneumonie (PNEU)	272	36,8 %	341	37,6 %	114
Herzchirurgie (HCH-KCH, HCH-AORT-CHIR, HCH-AORT-KATH, HCH-KOMB)	12	11,4 %	12	8,6 %	3
Transplantationen (LTX, LUTX, PNTX, NTX, HTXM-TX, HTXM-MKU, NLS, LLS)	25	19,7 %	27	23,5 %	18

* Da die QS-Verfahren 17n1-HÜFTFRAK, HEP und KEP erst zum EJ 2015 eingeführt wurden, ist kein Vergleich zum Vorjahr möglich.

7 Fazit und Ausblick

Vorgehen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität

Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten mit versendeten Hinweisen bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit liegt bei 28,1 % (EJ 2015). Bei den AKs zur Vollständigkeit liegt er im Mittel bei 40,6 %. Für die davon betroffenen Krankenhausstandorte kann somit keine Bewertung abgegeben werden, ob tatsächlich eine unvollständige/fehlerhafte Dokumentation vorlag. Für die Bewertungskategorie S99 („Sonstiges“), welche ebenso keinen Schluss auf das Vorliegen einer fehlerhaften oder korrekten Dokumentation erlaubt, zeigt sich, dass der Anteil von S99 an den Stellungnahmen insbesondere beim AK zur Unterdokumentation (EJ 2015: 11,6 %) und beim AK zum Minimaldatensatz (EJ 2015: 7,5 %) sehr hoch ausfällt.

Im Vergleich zu den Qualitätsindikatoren ist der Anteil der eingesetzten weiterführenden Maßnahmen bezüglich der festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien eher gering. Bei den Qualitätsindikatoren wurden im EJ 2015 in 9,0 % der rechnerischen Auffälligkeiten weiterführende Maßnahmen des Strukturierten Dialogs eingeleitet (Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung). Bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit waren es hingegen lediglich 2,0 %; bei den AKs zur Plausibilität lag der Anteil bei 1,3 %. Beim Vergleich des Anteils weiterführender Maßnahmen bezüglich der festgestellten qualitativen anstatt rechnerischen Auffälligkeiten wird die Diskrepanz zwischen Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien ebenfalls deutlich: Bei den Qualitätsindikatoren wurden in 29,5 % der qualitativen Auffälligkeiten (A41, A42, A99) Zielvereinbarungen geschlossen. Bei den wegen fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbaren Qualitätsindikatoren (D50, D51, D99) wurden in 32,9 % Zielvereinbarungen abgeschlossen. Bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sind es hingegen lediglich 9,2 % Zielvereinbarungen bezogen auf die bestätigten Fehldokumentationen.

Im Hinblick auf das Vorgehen im Strukturierten Dialog (Maßnahmen) zeigen sich ferner deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Der Anteil angeforderter Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit schwankt beispielsweise zwischen minimal 13,6 % und maximal 100,0 % zwischen den Bundesländern. Beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation liegt die Spanne zwischen 9,6 % und 100,0 %.

Erkenntnisse der Datenvalidierung

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

Der Anteil bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2015: 63,2 %; EJ 2014: 50,0 %). Auch bei den Qualitätsindikatoren ist der Anteil der Bewertungen mit D50, D51 oder D99 an den Stellungnahmen gestiegen (EJ 2015: 16,9 %; EJ 2014: 14,9 %). In Bezug auf die AKs zur Vollständigkeit zeigt sich eine

Abnahme bestätigter Fehldokumentationen beim AK zur Unterdokumentation (EJ 2015: 77,8 %; EJ 2014: 83,0 %). Jedoch ist der Anteil bei den AKs zur Überdokumentation (EJ 2015: 92,0 %; EJ 2014: 79,8 %) und zum Minimaldatensatz (EJ 2015: 42,5 %; EJ 2014: 23,8 %) angestiegen.

Sowohl bei den Auffälligkeitskriterien als auch den Qualitätsindikatoren gibt es Standorte, die zwei Jahre in Folge (EJ 2014 und 2015) Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog bestätigten: Zum Beispiel wurden im Durchschnitt pro Versorgungsbereich 43,3 Standorte wiederholt (EJ 2014 und 2015) mit D50, D51, D99 oder U33 in den Qualitätsindikatoren bewertet. Durchschnittlich bestätigten pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit 0,7 Krankenhausstandorte zwei Jahre in Folge eine fehlerhafte Dokumentation im SD. Pro AK hatten maximal bis zu 5 Standorte eine wiederholt bestätigte Fehldokumentation.

Die Anzahl wiederholt bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs und QIs sowie die zum Teil angestiegenen Anteile an Fehldokumentationen zeigen, dass weiterhin eine Validierung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung erforderlich ist und diese zukünftig umfassender, gezielter und konsequenter durchgeführt werden sollte. Dies setzt eine Weiterentwicklung des Datenvalidierungsverfahrens voraus, die aktuell vom IQTIG geplant wird. Insbesondere durch die (zukünftige) Einführung regulativer Verfahren (planungsrelevante Qualitätsindikatoren und qualitätsorientierte Vergütung), welche auf die Daten der externen stationären Qualitätssicherung zurückgreifen, hat die Datenvalidierung an Bedeutung gewonnen.

Zukünftige Änderungen

- In den Tragenden Gründen zur QSKH-RL 2016 wurde § 9 (Datenvalidierung) Abs. 2 (Statistische Basisprüfung) präzisiert: Ab dem Erfassungsjahr 2016 können auch in QS-Verfahren, die nicht im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (§ 9 Abs. 3) und somit nicht in der „umfassenden DV“ sind, Auffälligkeitskriterien neu eingeführt werden. Bislang konnten Auffälligkeitskriterien in QS-Verfahren außerhalb der „umfassenden DV“ lediglich modifiziert, ausgesetzt oder gestrichen werden.

Zitat aus den tragenden Gründen zur QSKH-RL 2016:

[...] Darüber hinaus wird ausdrücklich klargestellt, dass in die Statistische Basisprüfung alle dokumentationspflichtigen Leistungsbereiche einbezogen werden, für die Auffälligkeitskriterien festgelegt wurden. Hierfür werden ausgewählte Auffälligkeitskriterien aus den Vorjahren weitergeführt, gegebenenfalls auch weiterentwickelt oder neue festgelegt.

Vor dem Hintergrund dieser Änderung wurden für das Erfassungsjahr 2016 neue Auffälligkeitskriterien außerhalb der QS-Verfahren in der „umfassenden DV“ vom IQTIG empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen. Es werden in drei QS-Verfahren (*Hüftendoprothesenversorgung, Herzschrittmacherversorgung, Mammachirurgie*) neue AKs eingesetzt.

- In den QS-Verfahren der Orthopädie und Unfallchirurgie (*Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung, Knieendoprothesenversorgung, Hüftendoprothesenversorgung*) wird ab dem Erfassungsjahr 2016 jeweils erstmals ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz angewandt werden.

- Für die umfassende Datenvalidierung 2017 (Erfassungsjahr 2016) wurden vom UA QS des G-BA auf Empfehlung des IQTIG zwei indirekte sowie ein direktes QS-Verfahren ausgewählt: Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wird in den QS-Verfahren *Nierenlebenspende*, *Knieendoprothesenversorgung* und *Ambulant erworbene Pneumonie* stattfinden. Neue Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität für die drei QS-Verfahren hat der UA QS ebenfalls bereits auf Empfehlung des IQTIG beschlossen.
- Das QS-Verfahren *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention* ist ab dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr länger Gegenstand der QSKH-RL, sondern ein sektorenübergreifendes Verfahren nach der Qesü-RL, sodass hier die Datenvalidierung nach der QSKH-RL ab dem EJ 2016 entfällt.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative	Teilmenge der rechnerischen Auffälligkeiten, die in einem qualitativen Beurteilungsprozess (z. B. Strukturierter Dialog) als Qualitätsproblem einer Einrichtung klassifiziert wurden.
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
Bundesdatenpool	Zusammenführung aller bundesweit dokumentierten QS-Daten.
Bundesfachgruppen	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
Datenfeld	Kleinste Einheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Dokumentationsqualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines QS-Verfahrens, die durch die Größen Korrektheit (Übereinstimmung mit den Daten der Patientenakte), Vollständigkeit (einzelner Datensätze) und Vollzähligkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Dokumentationsrate	Das Verhältnis dokumentierter Fälle im Verhältnis zu allen dokumentationspflichtigen Fällen. Siehe auch: Vollzähligkeit.
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z. B. in einem bestimmten medizinischen Leistungsbereich eines Krankenhauses.
Follow-up	auch: Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Versorgungsleistungen, deren Qualität (z. B. ein Behandlungserfolg) nicht einmalig, sondern zu unterschiedlichen weiteren Zeitpunkten gemessen wird. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
Klumpenstichprobe	auch: Clusterstichprobe. Besondere Form der Zufallsauswahl. Anders als in der einfachen Zufallsauswahl werden hier nicht einzelne Merkmalsträger ausgewählt, sondern ganze Gruppen („Klumpen“).
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. § 108 SGB V genutzt.

Begriff	Erläuterung
Minimaldatensatz	Wenn in der klinischen Praxis Konstellationen auftreten, in denen ein Fall durch den QS-Filter ausgelöst wird, obwohl der Datensatz des entsprechenden QS-Verfahrens nicht für die Dokumentation geeignet ist, kann ein Ersatzdatensatz mit minimalen Angaben ausgefüllt werden.
QS-Verfahren	Vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten, sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung.
QS-Filter	Algorithmus, der auf Grundlage festgelegter Kriterien die für die Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer zu dokumentierenden Patienten und deren Daten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
Rechenregeln	hier: Regeln zur Berechnung von Qualitätsindikatoren oder Auffälligkeitskriterien
Referenzbereich	Gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich.
Risikoadjustierung	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße. Um einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen zu erhalten, werden Merkmale der behandelten Patientinnen und Patienten bei der Berechnung berücksichtigt.
Sentinel-Event	Sehr seltene und schwerwiegende medizinische Ereignisse (z. B. Todesfälle während eines Routineeingriffs). In der Qualitätssicherung zeigt ein Sentinel-Event-Indikator Vorkommnisse an, denen in jedem Einzelfall nachgegangen wird.
Sollstatistik	Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen, die vom Krankenhaus durch eine Konformitätserklärung schriftlich bestätigt wird. Sie gibt die zu erwartende Anzahl von Fällen in den einzelnen QS-Verfahren (Soll) an und bildet zusammen mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist) die Grundlage der Vollzähligkeitsprüfung.

Begriff	Erläuterung
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z. B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist.
Strukturierter Dialog	Instrument der Qualitätsförderung. Strukturiertes Verfahren, das Einrichtungen bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators im Rahmen der statistischen Basisprüfung der übermittelten QS-Daten (QSKH-RL).
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Vollzähligkeitsprüfung	Abgleich der laut QS-Filter-Software zu erwartenden Anzahl von Fällen in einem QS-Verfahren (Soll) mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist).