



Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zur Datenvalidierung 2011

Anhang

Stand: 15. Mai 2012

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Datenvalidierung 2011

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. Mai 2012

Signatur:

12-SQG-006

Anschrift des Herausgebers:

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

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

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

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Lesehilfen zu den Tabellen	6
Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	6
Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	8
1 Umfassende Datenvalidierung: Cholezystektomie	11
1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	11
1.1.1 AK1: Keine eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen	11
1.1.2 AK2: Keine eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei offen- chirurgischen Operationen	12
1.1.3 AK3: Keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen	13
1.1.4 AK4: Keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei offen-chirurgischen Operationen.....	14
1.1.5 AK5: Selten behandlungsbedürftige Komplikationen bei Patienten mit ASA 1-3 ohne bösartige Neubildungen und einer postoperativen Verweildauer > 10 Tage	15
1.1.6 AK6: Keine Reinterventionen	16
1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	17
1.2.1 Datenfeld 8: Schmerzen im rechten Oberbauch.....	17
1.2.2 Datenfeld 9: Cholestase.....	18
1.2.3 Datenfeld 10: sicherer Gallensteinnachweis.....	19
1.2.4 Datenfeld 18: akute Entzündungszeichen.....	20
1.2.5 Datenfeld 23: extrahepatische Cholestase.....	21
1.2.6 Datenfeld 24: Abklärung erfolgt	22
1.2.7 Datenfeld 31: Einstufung nach ASA-Klassifikation	23
1.2.8 Datenfeld 31: Einstufung nach ASA-Klassifikation	25
1.2.9 Datenfeld 34: offen-chirurgische Operation (OPS: ‚5-511.01‘, ‚5-511.02‘).....	26
1.2.10 Datenfeld 34: laparoskopische Operation (OPS: ‚5-511.11‘, ‚5-511.12‘).....	27
1.2.11 Datenfeld 34: umgestiegen auf offen-chirurgische Operation (OPS: ‚5-511.21‘, ‚5-511.22‘)	29
1.2.12 Datenfeld 35: Operationstechnik nach NOTES/NOS (natural orifice transluminal endoscopic surgery)	30
1.2.13 Datenfeld 44: akute Entzündung	31
1.2.14 Datenfeld 45: Empyem	32
1.2.15 Datenfeld 46: Gallenblasenperforation	33
1.2.16 Datenfeld 49: histologischer Befund veranlasst.....	34
1.2.17 Datenfeld 50: eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en).....	35
1.2.18 Datenfeld 56: allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en).....	36
1.2.19 Datenfeld 63: Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich.....	37
1.2.20 Datenfeld 66: Entlassungsgrund (Tod).....	38

1.2.21	Datenfeld 66: Entlassungsgrund (Tod).....	39
2	Umfassende Datenvalidierung: Lebertransplantation.....	41
2.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	41
2.1.1	AK1: Häufig Angabe des gleichen Bilirubinwertes i.S. vor der Operation	41
2.1.2	AK2: Häufig Angabe des gleichen Kreatininwertes i. S. vor der Operation	42
2.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	43
2.2.1	Datenfeld 7: Indikation bei Lebertransplantation.....	43
2.2.2	Datenfeld 8: Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status	44
2.2.3	Datenfeld 9,1: Bilirubin i.S. in mg/dl.....	45
2.2.4	Datenfeld 10,1: Kreatininwert i.S. in mg/dl	46
2.2.5	Datenfeld 11: International Normalized Ratio	47
2.2.6	Datenfeld 12: Spendertyp	48
2.2.7	Datenfeld 13: Spenderalter	49
2.2.8	Datenfeld 14: kombinierte Transplantation.....	50
2.2.9	Datenfeld 15: Retransplantation	51
2.2.10	Datenfeld 17: Spenderorgan	52
2.2.11	Datenfeld 18: kalte Ischämiezeit	53
2.2.12	Datenfeld 20: Operation 1	54
2.2.13	Datenfeld 23: Entlassungsgrund (Tod).....	55
3	Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)	56
3.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	56
3.1.1	Herzschrittmacher-Erstimplantation	56
3.1.1.1	AK1: Häufig führendes Symptom ‚sonstiges‘	56
3.1.1.2	AK2: Häufig führende Indikation ‚sonstiges‘	57
3.1.1.3	AK7: Gesamtkomplikationsrate: Keine Komplikationen bei hohen Fallzahlen	58
3.1.2	Karotis-Rekonstruktion	59
3.1.2.1	AK14a: Keine Angabe von perioperativen Komplikationen (Schlaganfall, Tod) bei hohem perioperativem Komplikationsrisiko	59
3.1.3	Gynäkologische Operationen	60
3.1.3.1	AK1: Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 55 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“	60
3.1.3.2	AK2: Keine Organverletzungen bei hoher Verweildauer	61
3.1.4	Geburtshilfe	62
3.1.4.1	AK5a: Auffallend wenige Wochenbettkomplikationen der Mutter	62
3.1.4.2	AK7a: Keine Angabe einer Azidose (Nabelarterien-pH < 7,0) bei Kindern mit einem hohen Azidoserisiko	63
3.1.5	Hüftgelenksnahe Femurfraktur	64
3.1.5.1	AK1: Nie Operationen später als 48 Stunden nach Aufnahme	64
3.1.5.2	AK3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	65

3.1.6	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	66
3.1.6.1	AK2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer.....	66
3.1.6.2	AK6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen	67
3.1.7	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	68
3.1.7.1	AK4a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer.....	68
3.1.7.2	AK7: ASA 5 bei elektiven Eingriffen	69
3.1.8	Mammachirurgie	70
3.1.8.1	AK3: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie	70
3.1.8.2	AK4: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie.....	71
3.1.9	Koronarangiographie und PCI	72
3.1.9.1	AK2: Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte	72
3.1.10	Dekubitusprophylaxe	73
3.1.10.1	AK2: Häufig Mikrobewegungen = ‚nein‘ bei Aufnahme oder Entlassung dokumentiert	73
3.1.10.2	AK3: Häufig Kodierfehler bei der Dekubituseinstufung	74
3.1.11	Ambulant erworbene Pneumonie.....	75
3.1.11.1	AK1: Auffallend häufig gleicher Wert bei ‚spontane Atemfrequenz bei Aufnahme‘	75
3.1.11.2	AK6: Häufige Angabe, dass im Einklang mit dem Willen des Patienten und ärztl. Einschätzung wegen infauster Prognose der Grunderkrankung auf die antimikrob. Therapie verzichtet oder diese im Verlauf des Aufenthaltes eingestellt wurde	76
3.1.12	Isolierte Koronarchirurgie.....	77
3.1.12.1	AK1: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten	77
3.1.12.2	AK2a: Auffallend häufig Angaben von Risikofaktoren zum KCH-Score	78
3.1.13	Isolierte Aortenklappenchiurgie	79
3.1.13.1	AK1: Auffallend häufig verstorbene Patienten mit sonstigen Operationen	79
3.1.13.2	AK2a: Auffallend häufig Angaben von Risikofaktoren zum AKL-Score	80
3.1.14	Nierentransplantation.....	82
3.1.14.1	AK1: Auffallend häufig gute Transplantatfunktion bei Entlassung angegeben	82
3.1.14.2	AK5: Bei keinem Patienten Angabe einer akuten Abstoßungsreaktion während des stationären Aufenthaltes	83
4	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	84
4.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	84

Lesehilfen zu den Tabellen

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

Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Jedes Auffälligkeitskriterium, das im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog in einem Leistungsbereich zur Anwendung gekommen ist, wird anhand der Rechenregel in der folgenden Form beschrieben:

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

Im Anschluss an die Beschreibung werden die Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung dargestellt („Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit“ und „Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten“) und es werden die Maßnahmen benannt, die für die rechnerisch auffälligen Krankenhäuser im Rahmen des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ergriffen worden sind („keine Maßnahme“, „Hinweise verschickt“, „Stellungnahme angefordert“ und „Sonstiges“). Hierbei wird die folgende Darstellungsform gewählt:

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	Anzahl an Krankenhäusern an allen Krankenhäusern, die in dem Leistungsbereich Daten geliefert haben und für die sich das Ak berechnen lässt.
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl an Krankenhäusern mit rechnerischen Auffälligkeiten an allen Krankenhäusern in der Grundgesamtheit.
keine Maßnahme	Anzahl an Krankenhäusern mit rechnerischen Auffälligkeiten für die keine Maßnahme im Rahmen des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ergriffen wurde.
Hinweise verschickt	Anzahl an Krankenhäusern mit rechnerischen Auffälligkeiten für die ein Hinweis im Rahmen des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ergriffen wurde.
Stellungnahmen angefordert	Anzahl an Krankenhäusern mit rechnerischen Auffälligkeiten für die eine Stellungnahme im Rahmen des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ergriffen wurde.
Sonstiges	Anzahl der Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten für die eine sonstige Maßnahme im Rahmen des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ergriffen wurde.

Für die Berichterstattung zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ist es erforderlich, dass die Antworten der Krankenhäuser bewertet werden, indem sie vorgegebenen Kategorien zugeordnet werden. Diese Kategorien entsprechen den Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren. Da bei der Statistischen Basisprüfung primär die Frage interessiert, ob bei den auffälligen Fällen eine fehlerhafte Dokumentation vorliegt, werden die Kategorien z.T. auf einer höheren Ebene so aggregiert, dass die relevanten Informationen deutlich werden. In der folgenden Übersicht ist dargestellt, welche Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs den unterschiedlichen Bewertungskategorien zugeordnet werden:

Kategorisierung der Stellungnahmen	Antwortkategorien im Strukturierten Dialog
korrekte Dokumentation bestätigt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ das KH kann wegen einer stark abweichenden klinischen Situation (besondere Patienten, besondere Therapien etc.) mit den anderen nicht verglichen werden ▪ das KH bestätigt korrekte Dokumentation ▪ das abweichende Ergebnis ist durch ganz besondere Einzelfälle entstanden, die jeweils gut begründet sind (Vorlage von Epikrisen) ▪ das KH beruft sich darauf, dass das Ergebnis nicht signifikant vom Referenzwert abweicht ▪ das KH nennt Mängel der Struktur- oder Prozessqualität, die das auffallende Ergebnis erzeugt haben (könnten)
Fehler in den exportierten Daten bestätigt Dokumentationsfehler Softwarefehler andere organisatorische Probleme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ es wurde falsch dokumentiert (menschlicher Fehler, ungenügende Information, Missverständnisse etc.) ▪ Softwareprobleme bedingten eine falsche Dokumentation ▪ andere organisatorische Probleme (z.B. nicht Verfügbarkeit von Informationen, da Akte außerhalb des Hauses)
sonstige Antworten keinen Grund für Auffälligkeiten genannt Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> ▪ das KH hat keinen Grund für die Auffälligkeit genannt ▪ das KH kann die Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysieren (z.B. durch organisatorische Veränderungen, Chefarztwechsel, Fusion etc.) ▪ Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für alle ausgewählten Datenfelder werden die durch Zweiterfassung aus der Patientenakte erhobenen Daten mit den vom Krankenhaus erfassten und übermittelten QS-Dokumentationen im Bundesdatenpool des Erfassungsjahres 2010 verglichen. Um die Ergebnisse des Datenabgleich zu veranschaulichen, wird zur Darstellung in der Regel eine sogenannte Kreuztabelle (Kontingenztafeln, 4-Felder-Tafeln) verwendet (s. unten). Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden bei Bedarf mehrere Antwortmöglichkeiten (Schlüsselcodes) zu medizinisch-relevanten Kategorien zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen entsprechen der Verwendung in den Qualitätsindikatoren.

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	1.099 84,2%	73 5,6%	33 2,5%	1.205 92,3%
	nein	58 4,4%	39 3,0%	4 0,3%	101 7,7%
Gesamt		1.157 88,6%	112 8,6%	37 2,8%	1.306 100,0%

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

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

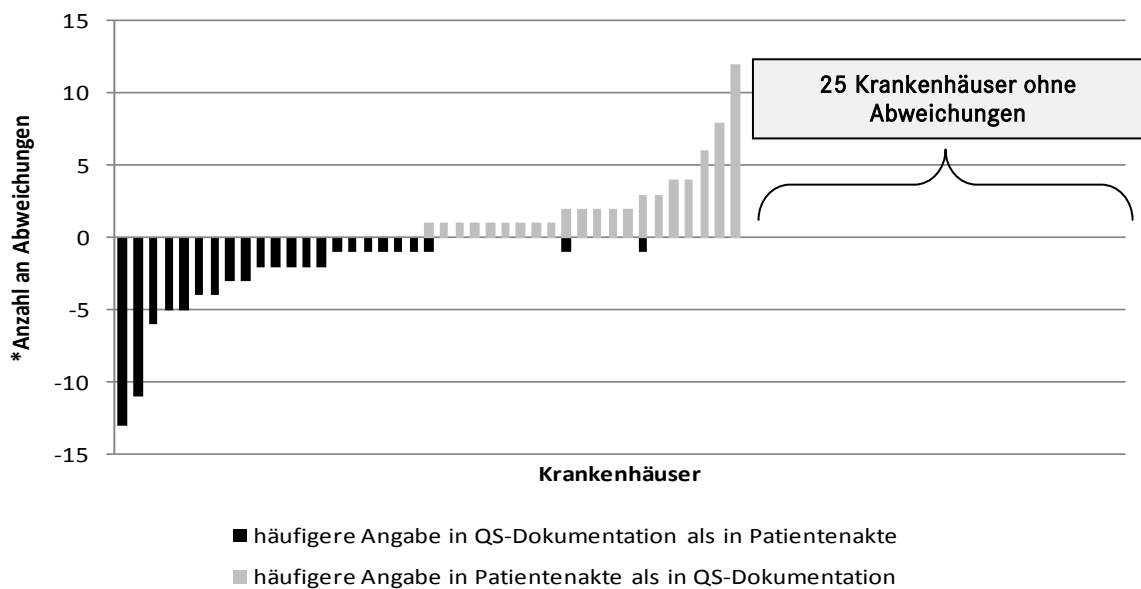
Mit dem Ziel die Dokumentationsqualität einzelner Datenfelder zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen berechnet werden. Dabei wird grundsätzlich von der Prämisse ausgegangen, dass die Information in der Patientenakte eine Art „Goldstandard“ darstellt, d.h. dass die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

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

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

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

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



Interpretation der Kennzahlen:

Zur Bewertung der Dokumentationsqualität in einem Datenfeld sollten, wenn möglich, die Sensitivität und die Spezifität herangezogen werden (Begründung s. Kapitel 4.2.2 des Berichts zur Datenvalidierung 2011). Hierbei wird die folgende Kategorisierung vorgeschlagen:

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

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

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

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

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

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

1 Umfassende Datenvalidierung: Cholezystektomie

1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

1.1.1 AK1: Keine eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation
Beschreibung Nenner	Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)
Referenzbereich	> 0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	150

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.165 / 1.173	99,3%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	13 / 1.165	1,1%
keine Maßnahme	0 / 13	0,0%
Hinweise verschickt	0 / 13	0,0%
Stellungnahmen angefordert	11 / 13	84,6%
Sonstiges	2 / 13	15,4%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	8 / 11	72,7%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	2 / 11	18,2%
Dokumentationsfehler	1 / 11	9,1%
Softwarefehler	1 / 11	9,1%
andere organisatorische Probleme	0 / 11	0,0%
sonstige Antworten	0 / 11	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0 / 11	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0 / 11	0,0%
sonstiges	0 / 11	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	10 / 11	90,9%
Unbeantwortete Stellungnahmen	1 / 11	9,1%

*s. Kapitel 1.1: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

1.1.2 AK2: Keine eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei offen-chirurgischen Operationen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation
Beschreibung Nenner	Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)
Referenzbereich	> 0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	50

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.041/1.173	88,7%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	1/1.041	0,1%
keine Maßnahme	0/1	0,0%
Hinweise verschickt	0/1	0,0%
Stellungnahmen angefordert	1/1	100,0%
Sonstiges	0/1	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	1/1	100,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	0/1	0,0%
Dokumentationsfehler	0/1	0,0%
Softwarefehler	0/1	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/1	0,0%
sonstige Antworten	0/1	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/1	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/1	0,0%
sonstiges	0/1	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	1/1	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/1	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

1.1.3 AK3: Keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikation
Beschreibung Nenner	Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)
Referenzbereich	> 0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	150

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.165 / 1.173	99,3%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	42 / 1.165	3,6%
keine Maßnahme	0 / 42	0,0%
Hinweise verschickt	0 / 42	0,0%
Stellungnahmen angefordert	36 / 42	85,7%
Sonstiges	6 / 42	14,3%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	19 / 36	52,8%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	14 / 36	38,9%
Dokumentationsfehler	14 / 36	38,9%
Softwarefehler	0 / 36	0,0%
andere organisatorische Probleme	0 / 36	0,0%
sonstige Antworten	2 / 36	5,6%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0 / 36	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0 / 36	0,0%
sonstiges	2 / 36	5,6%
Eingegangene Stellungnahmen	35 / 36	97,2%
Unbeantwortete Stellungnahmen	1 / 36	2,8%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

1.1.4 AK4: Keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei offen-chirurgischen Operationen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikation
Beschreibung Nenner	Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)
Referenzbereich	> 0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	50

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.041/1.173	88,7%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	0/1.041	0,0%

1.1.5 AK5: Selten behandlungsbedürftige Komplikationen bei Patienten mit ASA 1-3 ohne bösartige Neubildungen und einer postoperativen Verweildauer > 10 Tage

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen eingriffsspezifischen oder allgemeinen postoperativen Komplikation
Beschreibung Nenner	Patienten mit ASA 1-3 ohne bösartige Neubildung als Entlassungsdiagnose und einer postoperativen Verweildauer > 10 Tage
Referenzbereich	≥ 9,4% (5. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.095/1.173	93,4%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	22/1.095	2,0%
keine Maßnahme	0/22	0,0%
Hinweise verschickt	0/22	0,0%
Stellungnahmen angefordert	21/22	95,5%
Sonstiges	1/22	4,5%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	12/21	57,1%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	8/21	38,1%
Dokumentationsfehler	8/21	38,1%
Softwarefehler	0/21	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/21	0,0%
sonstige Antworten	0/21	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/21	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/21	0,0%
sonstiges	0/21	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	20/21	95,2%
Unbeantwortete Stellungnahmen	1/21	4,8%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

1.1.6 AK6: Keine Reinterventionen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit Reintervention
Beschreibung Nenner	Alle Patienten
Referenzbereich	> 0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	150

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.172/1.173	99,9%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	25/1.172	2,1%
keine Maßnahme	0/25	0,0%
Hinweise verschickt	0/25	0,0%
Stellungnahmen angefordert	21/25	84,0%
Sonstiges	4/25	16,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	14/21	66,7%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	6/21	28,6%
Dokumentationsfehler	5/21	23,8%
Softwarefehler	1/21	4,8%
andere organisatorische Probleme	0/21	0,0%
sonstige Antworten	1/21	4,8%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/21	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/21	0,0%
sonstiges	1/21	4,8%
Eingegangene Stellungnahmen	21/21	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/21	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

1.2.1 Datenfeld 8: Schmerzen im rechten Oberbauch

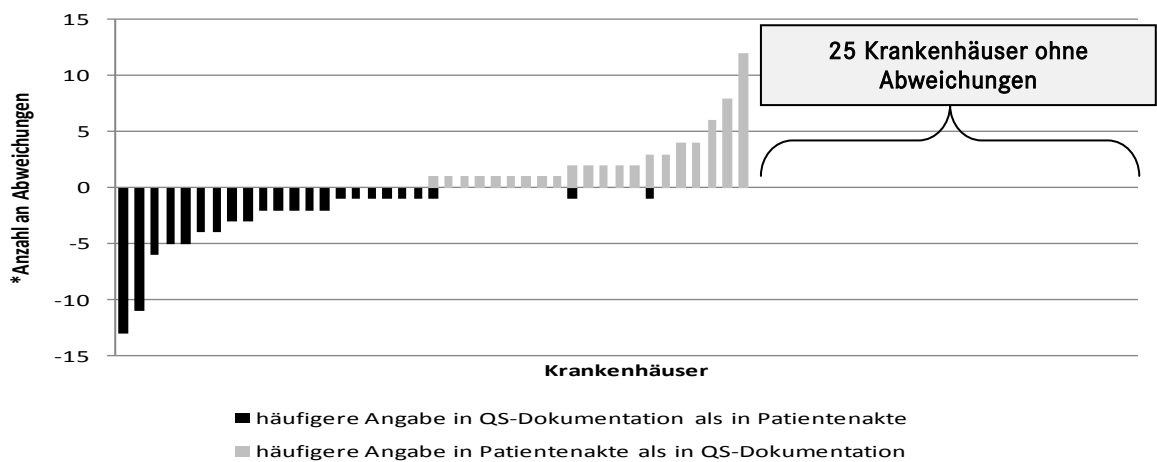
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.269	97,2%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	1.099 84,2%	73 5,6%	33 2,5%	1.205 92,3%
	nein	58 4,4%	39 3,0%	4 0,3%	101 7,7%
Gesamt		1.157 88,6%	112 8,6%	37 2,8%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.138 / 1.269	89,7%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	131 / 1.269	10,3%
Sensitivität	1.099 / 1.157	95,0%
Spezifität	39 / 112	34,8%
positiv prädiktiver Wert	1.099 / 1.172	93,8%
negativ prädiktiver Wert	39 / 97	40,2%



* Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.2 Datenfeld 9: Cholestase

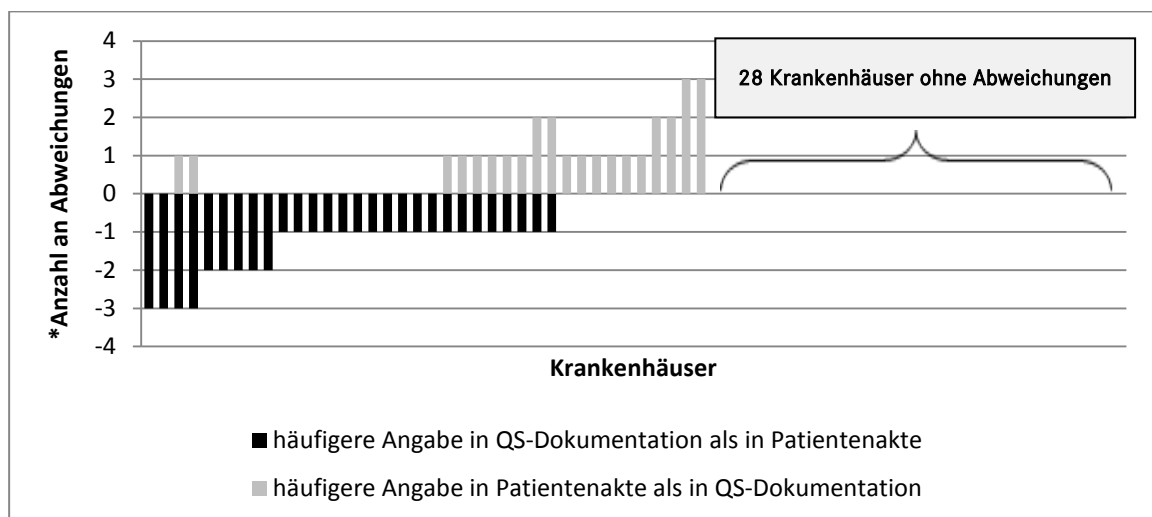
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.241	95,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	83 6,4%	41 3,1%	5 0,4%	129 9,9%
	nein	28 2,1%	1.089 83,4%	60 4,6%	1.177 90,1%
Gesamt		111 8,5%	1.130 86,5%	65 5,0%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.172/1.241	94,4%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	69/1.241	5,6%
Sensitivität	83/111	74,8%
Spezifität	1.089/1.130	96,4%
positiv prädiktiver Wert	83/124	66,9%
negativ prädiktiver Wert	1.089/1.117	97,5%



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.3 Datenfeld 10: sicherer Gallensteinnachweis

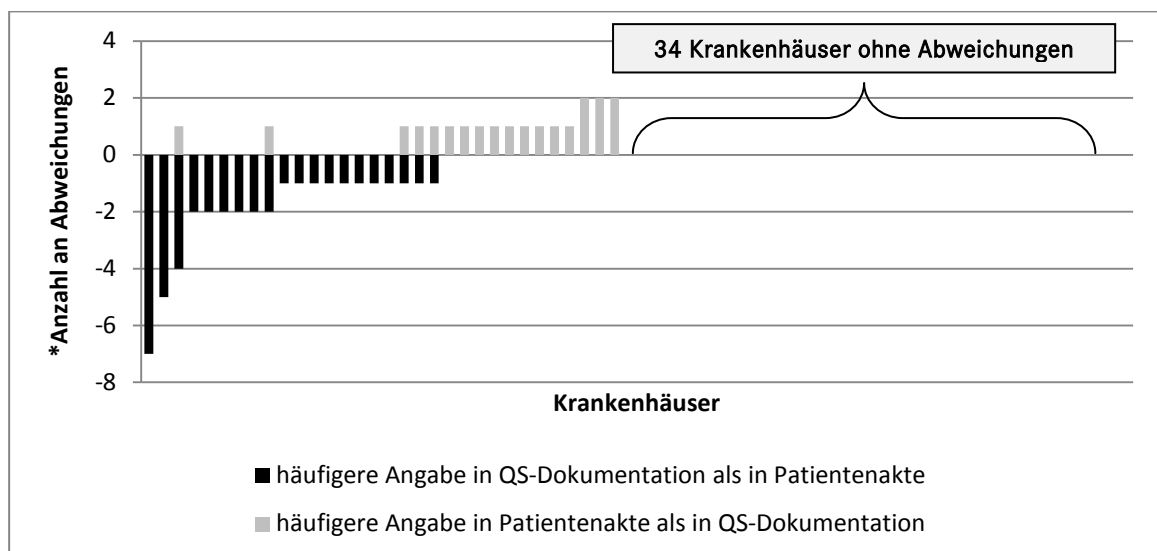
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.266	96,9%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	1.173 89,8%	39 3,0%	40 3,1%	1.252 95,9%
	nein	20 1,5%	34 2,6%	0 0,0%	54 4,1%
Gesamt		1.193 91,3%	73 5,6%	40 3,1%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.207/1.266	95,3%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	59/1.266	4,7%
Sensitivität	1.173/1.193	98,3%
Spezifität	34/73	46,6%
positiv prädiktiver Wert	1.173/1.212	96,8%
negativ prädiktiver Wert	34/54	63,0%



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.4 Datenfeld 18: akute Entzündungszeichen

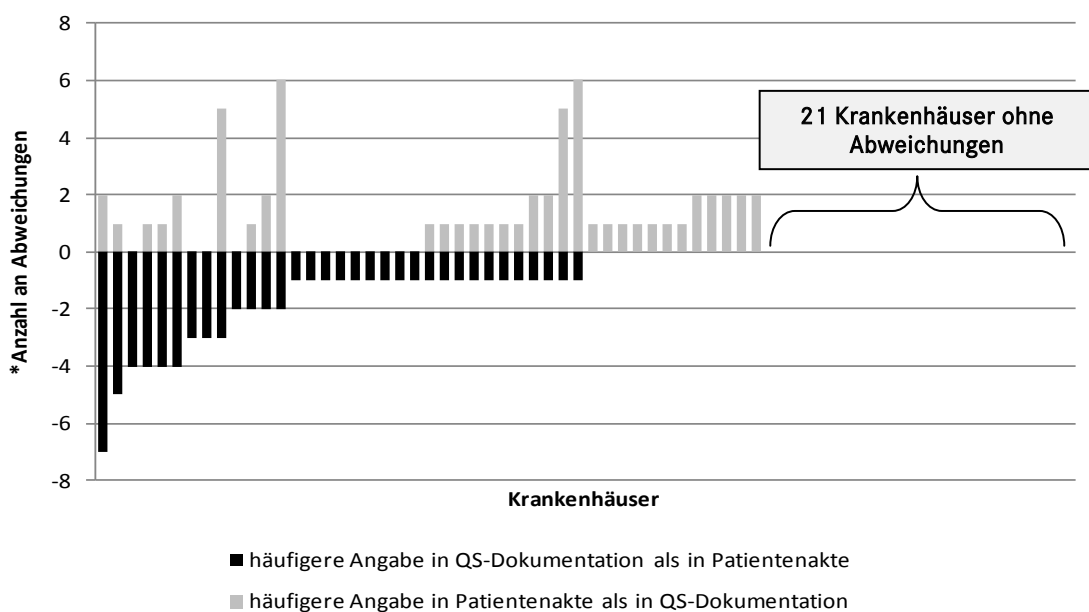
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.298	99,4%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	362 27,7%	65 5,0%	4 0,3%	431 33,0%
	nein	60 4,6%	811 62,1%	4 0,3%	875 67,0%
Gesamt		422 32,3%	876 67,1%	8 0,6%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.173/1.298	90,4%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	125/1.298	9,6%
Sensitivität	362/422	85,8%
Spezifität	811/876	92,6%
positiv prädiktiver Wert	362/427	84,8%
negativ prädiktiver Wert	811/871	93,1%



*Die Fälle, die bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.5 Datenfeld 23: extrahepatische Cholestase

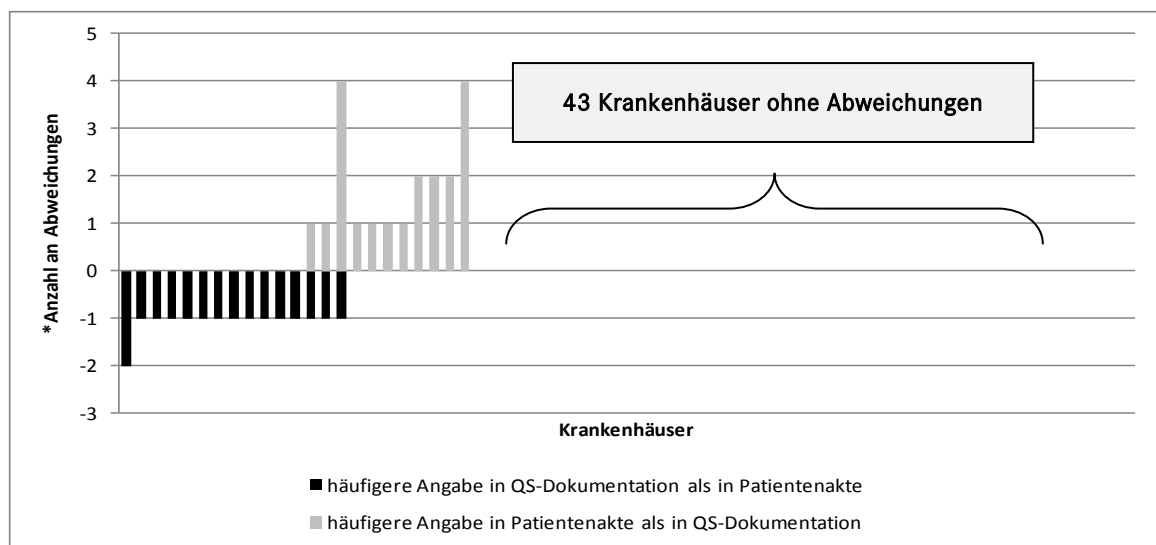
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.294	99,1%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	49 3,8%	16 1,2%	0 0,0%	65 5,0%
	nein	20 1,5%	1.209 92,6%	12 0,9%	1.241 95,0%
Gesamt		69 5,3%	1.225 93,8%	12 0,9%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.258/1.294	97,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	36/1.294	2,8%
Sensitivität	49/69	71,0%
Spezifität	1.209/1.225	98,7%
positiv prädiktiver Wert	49/65	75,4%
negativ prädiktiver Wert	1.209/1.229	98,4%



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.6 Datenfeld 24: Abklärung erfolgt

Grundgesamtheit: Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine extrahepatische Cholestase dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	49	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	49	100,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	48 98,0%	0 0,0%	0 0,0%	48 98,0%
	nein	0 0,0%	1 2,0%	0 0,0%	1 2,0%
Gesamt		48 98,0%	1 2,0%	0 0,0%	49 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	49/49	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/49	0,0%
Sensitivität	48/48	100,0%
Spezifität	1/1	100,0%
positiv prädiktiver Wert	48/48	100,0%
negativ prädiktiver Wert	1/1	100,0%

1.2.7 Datenfeld 31: Einstufung nach ASA-Klassifikation

Grundgesamtheit: alle Patienten

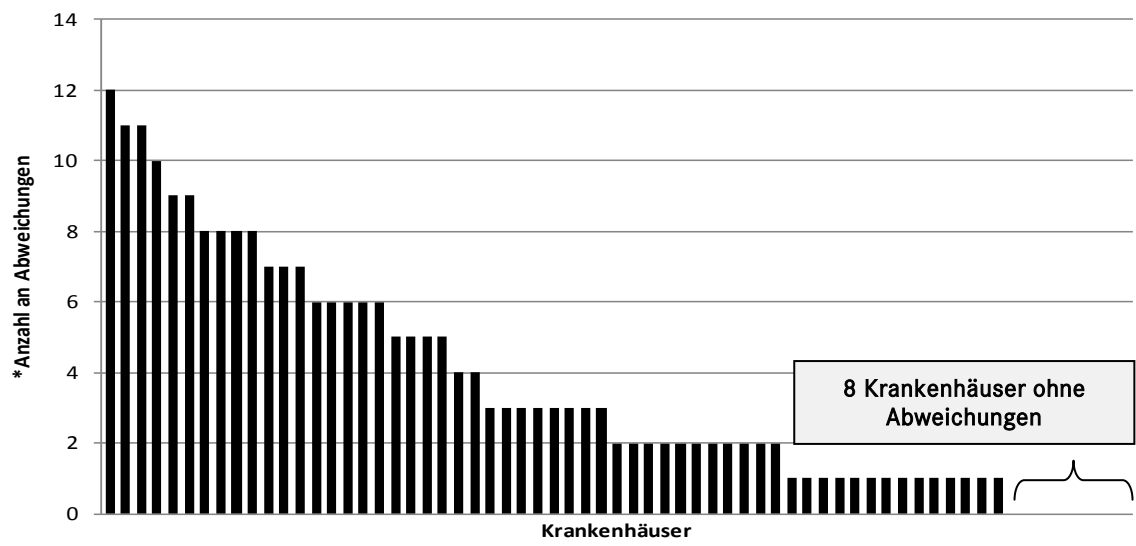
	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.222	93,6%

		in Patientenakte					Gesamt
		ansonsten gesunder Patient	Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ansonsten gesunder Patient	208 15,9%	72 5,5%	10 0,8%	0 0,0%	21 1,6%	311 23,8%
	Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	40 3,1%	533 40,8%	61 4,7%	0 0,0%	42 3,2%	676 51,8%
	Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	2 0,2%	35 2,7%	234 17,9%	7 0,5%	21 1,6%	299 22,9%
	Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	0 0,0%	0 0,0%	6 0,5%	14 1,1%	0 0,0%	20 1,5%
Gesamt		250 19,1%	640 49,0%	311 23,8%	21 1,6%	84 6,4%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	989/1.222	80,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	233/1.222	19,1%

Bei diesem Datenfeld erfolgt lediglich eine deskriptive Darstellung der Abweichungen.



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.8 Datenfeld 31: Einstufung nach ASA-Klassifikation

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.222	93,6%

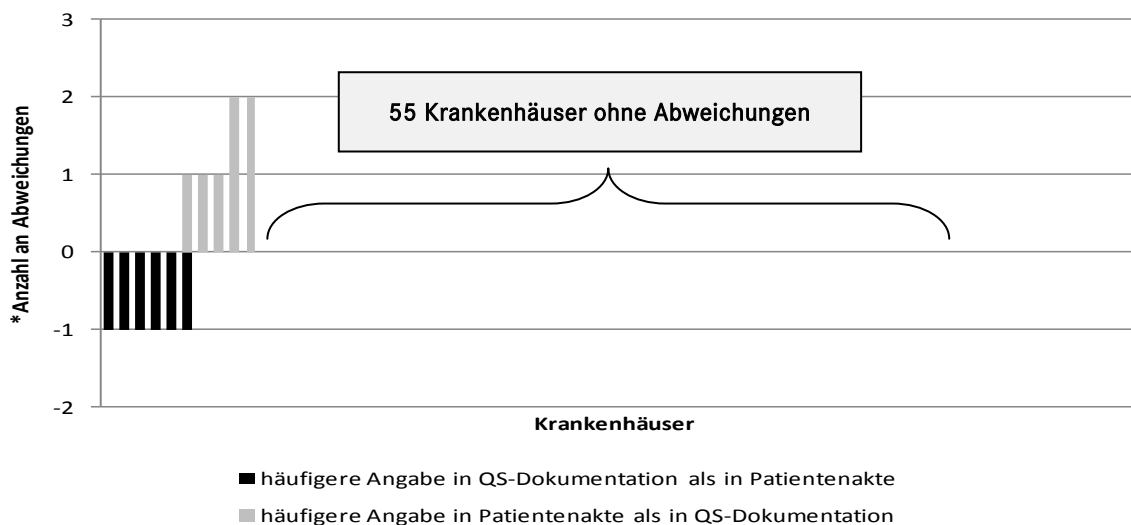
		in Patientenakte			Gesamt
		ASA 1-3	ASA 4-5	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ASA 1-3	1.195 91,5%	7 0,5%	84 6,4%	1.286 98,5%
	ASA 4-5	6 0,5%	14 1,1%	0 0,0%	20 1,5%
Gesamt		1.201 92,0%	21 1,6%	84 6,4%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.209/1.222	98,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13/1.222	1,1%
Sensitivität	1.195/1.201	99,5%
Spezifität	14/21	66,7%
positiv prädiktiver Wert	1.195/1.202	99,4%
negativ prädiktiver Wert	14/20	70,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 6 „Reinterventionsrate“ und des QI 7 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.9 Datenfeld 34: offen-chirurgische Operation (OPS: ,5-511.01', ,5-511.02')

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.305	99,9%

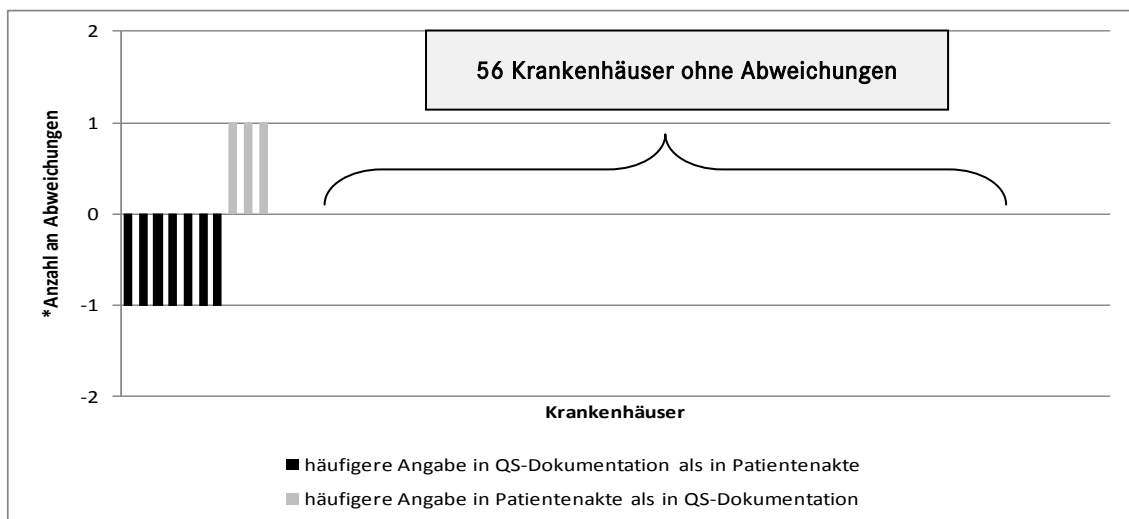
		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	71 5,4%	7 0,5%	1 0,1%	79 6,0%
	nein	3 0,2%	1.224 93,7%	0 0,0%	1.227 94,0%
Gesamt		74 5,7%	1.231 94,3%	1 0,1%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.295/1.305	99,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10/1.305	0,8%
Sensitivität	71/74	95,9%
Spezifität	1.224/1.231	99,4%
positiv prädiktiver Wert	71/78	91,0%
negativ prädiktiver Wert	1.224/1.227	99,8%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 5 „Allgemeine postoperative Komplikationen“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.10 Datenfeld 34: laparoskopische Operation (OPS: ,5-511.11' ,5-511.12')**Grundgesamtheit: alle Patienten**

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.305	99,9%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	1.147 87,8%	12 0,9%	0 0,0%	1.159 88,7%
	nein	13 1,0%	133 10,2%	1 0,1%	147 11,3%
Gesamt		1.160 88,8%	145 11,1%	1 0,1%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.280 / 1.305	98,1%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	25 / 1.305	1,9%
Sensitivität	1.147 / 1.160	98,9%
Spezifität	133 / 145	91,7%
positiv prädiktiver Wert	1.147 / 1.159	99,0%
negativ prädiktiver Wert	133 / 146	91,1%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 4 „Eingriffsspezifische Komplikationen“, des QI 5 „Allgemeine postoperative Komplikationen“ und QI 6 „Reinterventionsrate“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

1.2.11 Datenfeld 34: umgestiegen auf offen-chirurgische Operation (OPS: ,5-511.21', ,5-511.22')

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.305	99,9%

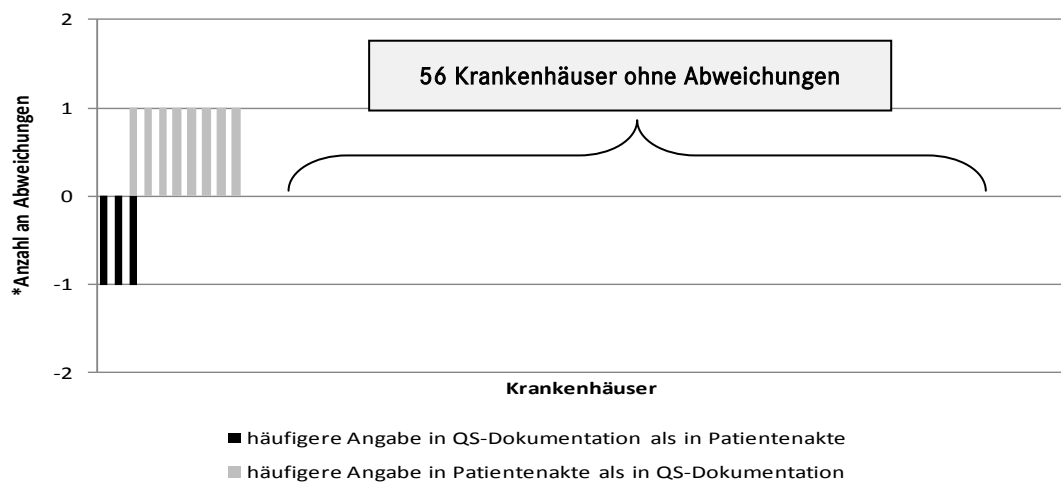
		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	61 4,7%	3 0,2%	0 0,0%	64 4,9%
	nein	8 0,6%	1233 94,4%	1 0,1%	1242 95,1%
Gesamt		69 5,3%	1236 94,6%	1 0,1%	1306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.294 / 1.305	99,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11 / 1.305	0,8%
Sensitivität	61 / 69	88,4%
Spezifität	1.233 / 1.236	99,8%
positiv prädiktiver Wert	61 / 64	95,3%
negativ prädiktiver Wert	1.233 / 1.241	99,4%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 4 „Eingriffsspezifische Komplikationen“ und des QI 5 „Allgemeine postoperative Komplikationen“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.12 Datenfeld 35: Operationstechnik nach NOTES/NOS (natural orifice transluminal endoscopic surgery)

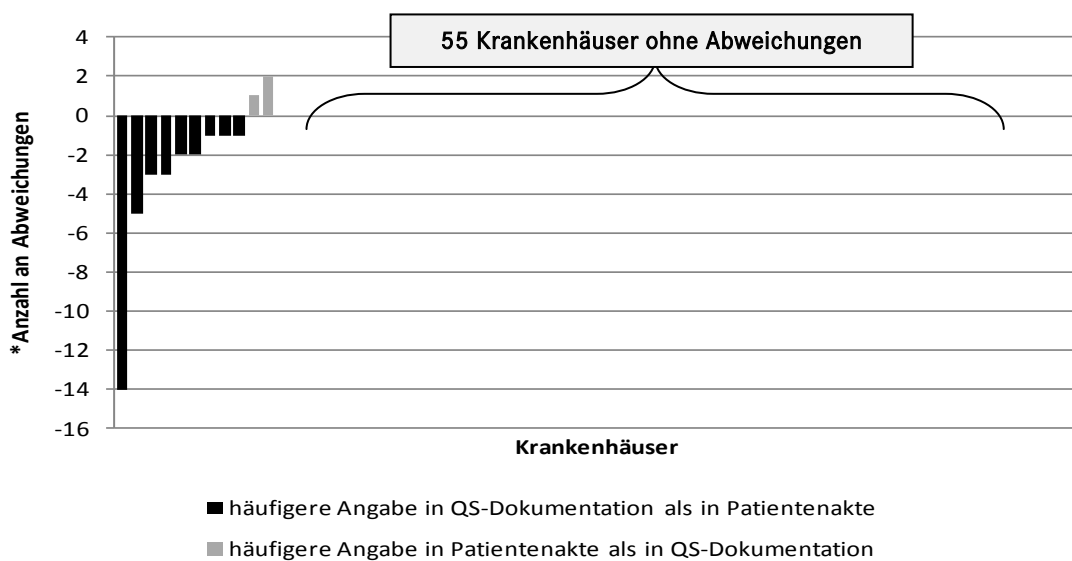
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.305	99,9%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	26 2,0%	32 2,5%	0 0,0%	58 4,4%
	nein	3 0,2%	1.244 95,3%	1 0,1%	1.248 95,6%
Gesamt		29 2,2%	1.276 97,7%	1 0,1%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.270 / 1.305	97,3%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	35 / 1.305	2,7%
Sensitivität	26 / 29	89,7%
Spezifität	1.244 / 1.276	97,5%
positiv prädiktiver Wert	26 / 58	44,8%
negativ prädiktiver Wert	1.244 / 1.247	99,8%



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.13 Datenfeld 44: akute Entzündung

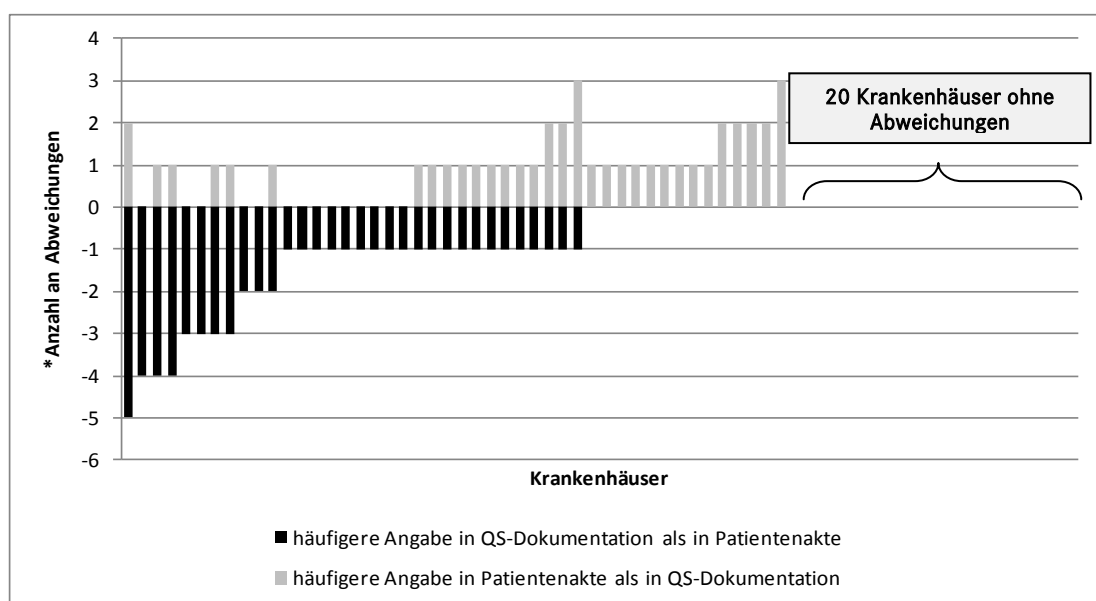
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.280	98,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	402 30,8%	56 4,3%	5 0,4%	463 35,5%
	nein	43 3,3%	779 59,6%	21 1,6%	843 64,5%
Gesamt		445 34,1%	835 63,9%	26 2,0%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.181 / 1.280	92,3%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	99 / 1.280	7,7%
Sensitivität	402 / 445	90,3%
Spezifität	779 / 835	93,3%
positiv prädiktiver Wert	402 / 458	87,8%
negativ prädiktiver Wert	779 / 822	94,8%



*Die Fälle, die bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.14 Datenfeld 45: Empyem

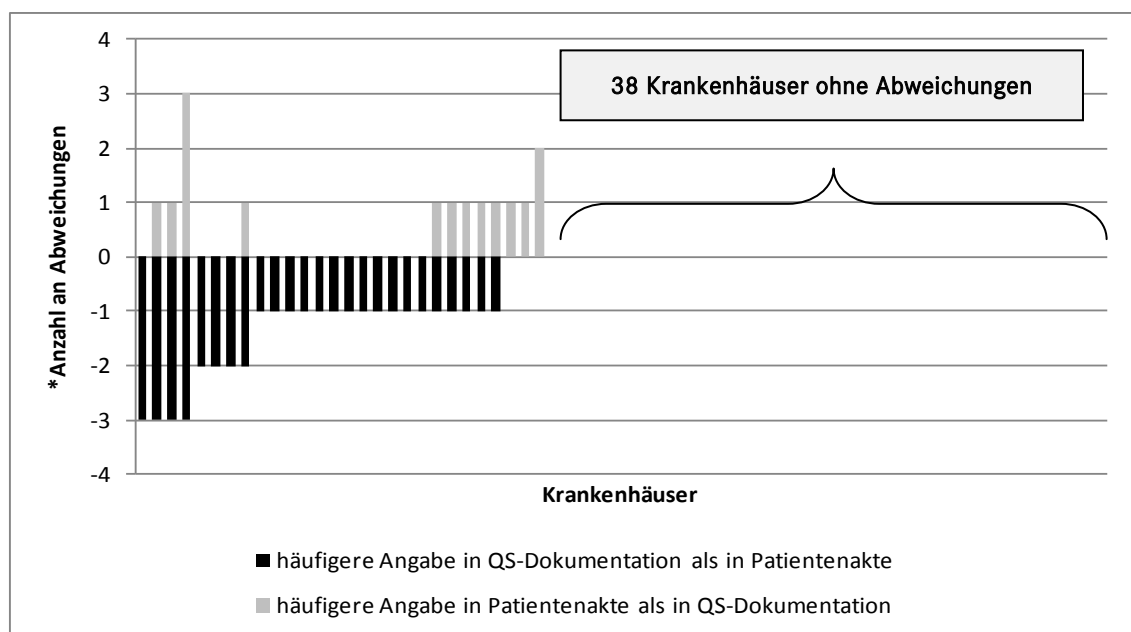
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.300	99,5%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	74 5,7%	37 2,8%	1 0,1%	112 8,6%
	nein	15 1,1%	1.174 89,9%	5 0,4%	1.194 91,4%
Gesamt		89 6,8%	1.211 92,7%	6 0,5%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.248 / 1.300	96,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	52 / 1.300	4,0%
Sensitivität	74 / 89	83,1%
Spezifität	1.174 / 1.211	96,9%
positiv prädiktiver Wert	74 / 111	66,7%
negativ prädiktiver Wert	1.174 / 1.189	98,7%



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.15 Datenfeld 46: Gallenblasenperforation

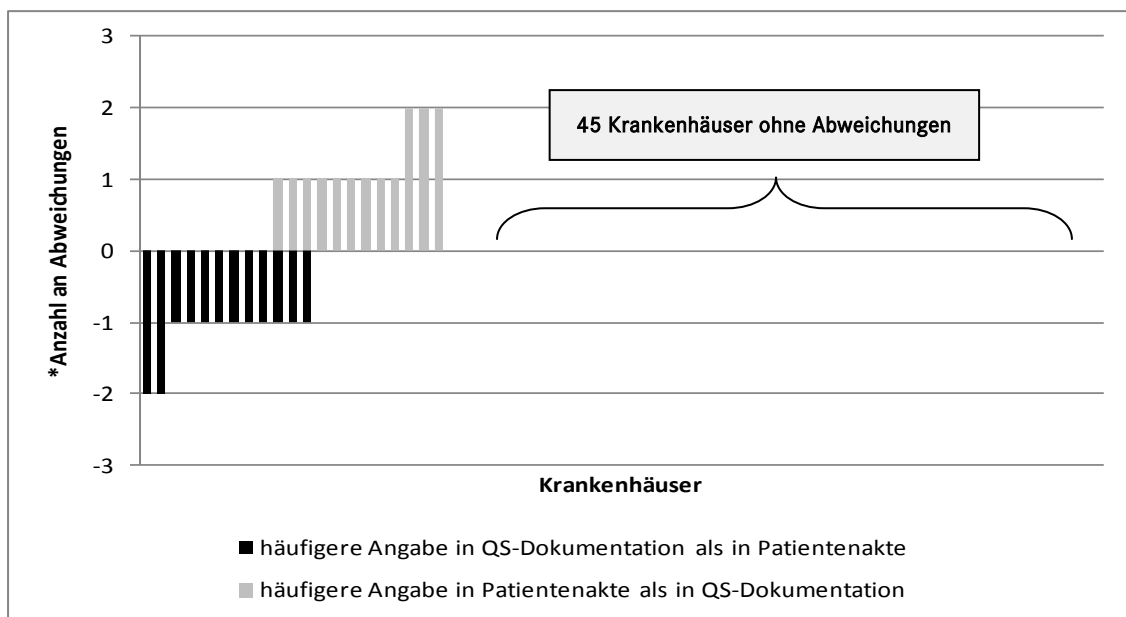
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.300	99,5%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	37 2,8%	14 1,1%	0 0,0%	51 3,9%
	nein	15 1,1%	1.234 94,5%	6 0,5%	1.255 96,1%
Gesamt		52 4,0%	1.248 95,6%	6 0,5%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.271/1.300	97,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	29/1.300	2,2%
Sensitivität	37/52	71,2%
Spezifität	1.234/1.248	98,9%
positiv prädiktiver Wert	37/51	72,5%
negativ prädiktiver Wert	1.234/1.249	98,8%



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.16 Datenfeld 49: histologischer Befund veranlasst

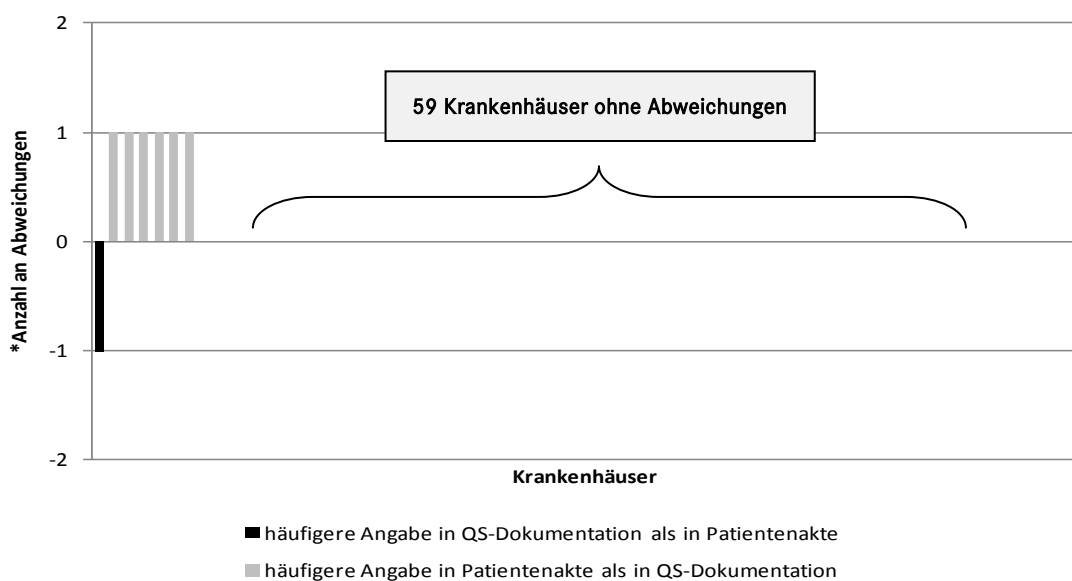
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.302	99,7%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	1.294 99,1%	1 0,1%	4 0,3%	1.299 99,5%
	nein	6 0,5%	1 0,1%	0 0,0%	7 0,5%
Gesamt		1.300 99,5%	2 0,2%	4 0,3%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.295/1.302	99,5%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/1.302	0,5%
Sensitivität	1.294/1.300	99,5%
Spezifität	1/2	50,0%
positiv prädiktiver Wert	1.294/1.295	99,9%
negativ prädiktiver Wert	1/7	14,3%



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.17 Datenfeld 50: eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)

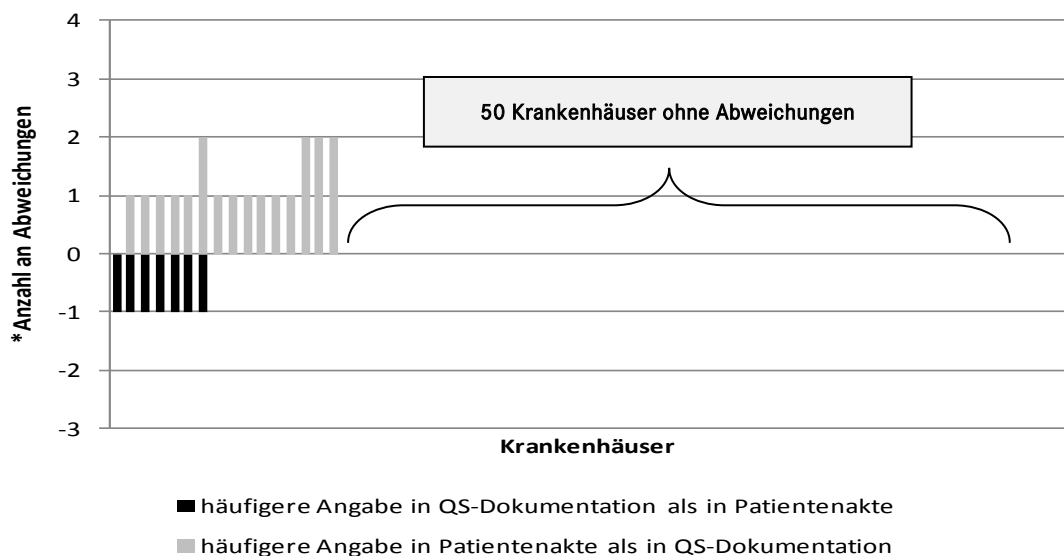
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.303	99,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	41 3,1%	7 0,5%	0 0,0%	48 3,7%
	nein	19 1,5%	1.236 94,6%	3 0,2%	1.258 96,3%
Gesamt		60 4,6%	1.243 95,2%	3 0,2%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.277 / 1.303	98,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	26 / 1.303	2,0%
Sensitivität	41 / 60	68,3%
Spezifität	1.236 / 1.243	99,4%
positiv prädiktiver Wert	41 / 48	85,4%
negativ prädiktiver Wert	1.236 / 1.255	98,5%



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.18 Datenfeld 56: allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)

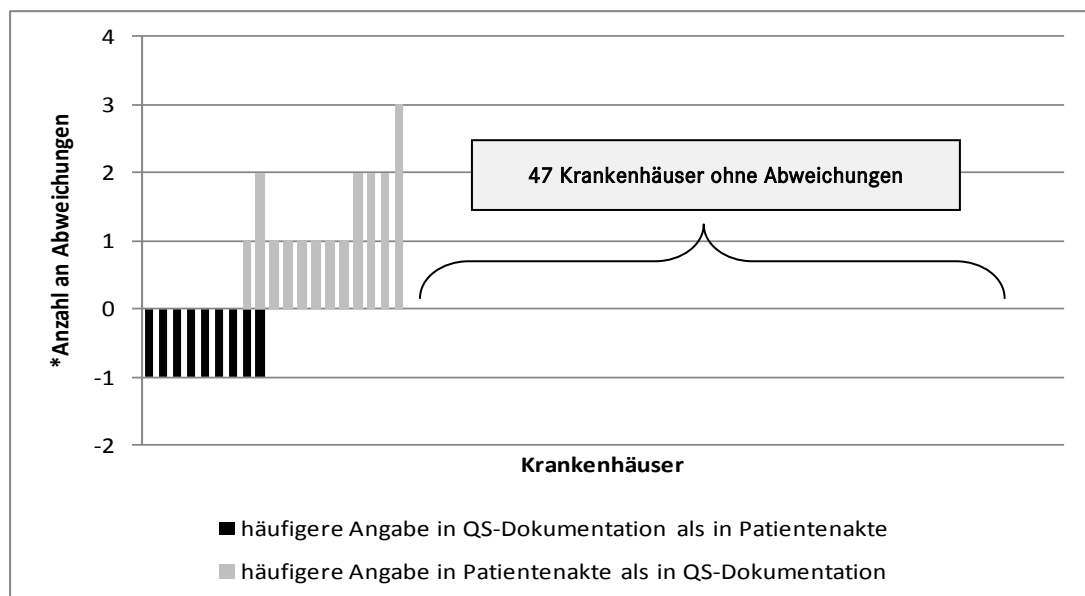
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.303	99,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	26 2,0%	9 0,7%	0 0,0%	35 2,7%
	nein	18 1,4%	1.250 95,7%	3 0,2%	1.271 97,3%
Gesamt		44 3,4%	1.259 96,4%	3 0,2%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.276 / 1.303	97,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	27 / 1.303	2,1%
Sensitivität	26 / 44	59,1%
Spezifität	1.250 / 1.259	99,3%
positiv prädiktiver Wert	26 / 35	74,3%
negativ prädiktiver Wert	1.250 / 1.268	98,6%



*Die Fälle, die bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.19 Datenfeld 63: Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich

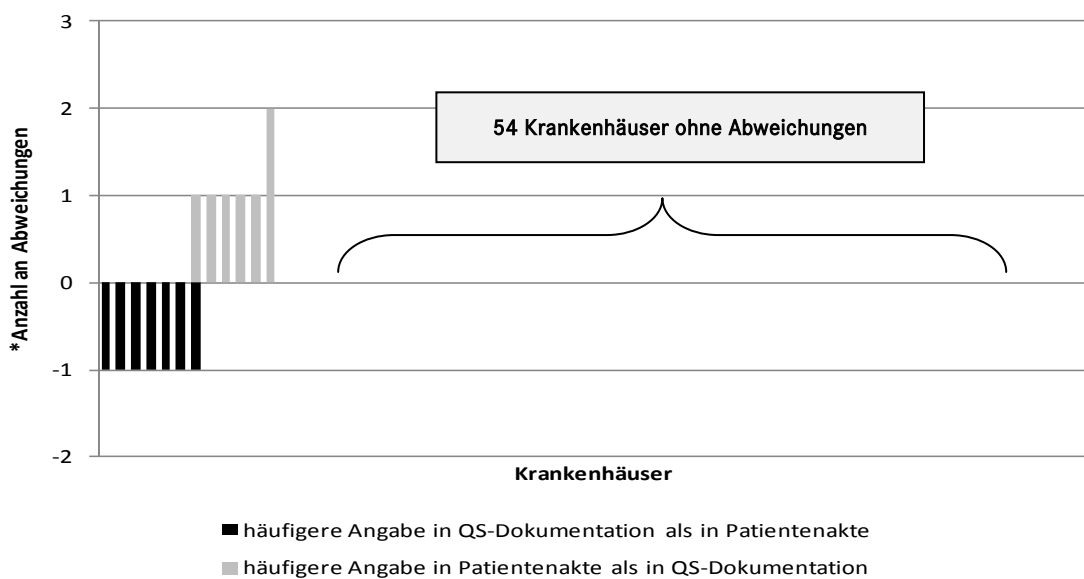
Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.305	99,9%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	20 1,5%	7 0,5%	0 0,0%	27 2,1%
	nein	7 0,5%	1.271 97,3%	1 0,1%	1.279 97,9%
Gesamt		27 2,1%	1.278 97,9%	1 0,1%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.291/1.305	98,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	14/1.305	1,1%
Sensitivität	20/27	74,1%
Spezifität	1.271/1.278	99,5%
positiv prädiktiver Wert	20/27	74,1%
negativ prädiktiver Wert	1.271/1.278	99,5%



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.20 Datenfeld 66: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.306	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.305	99,9%

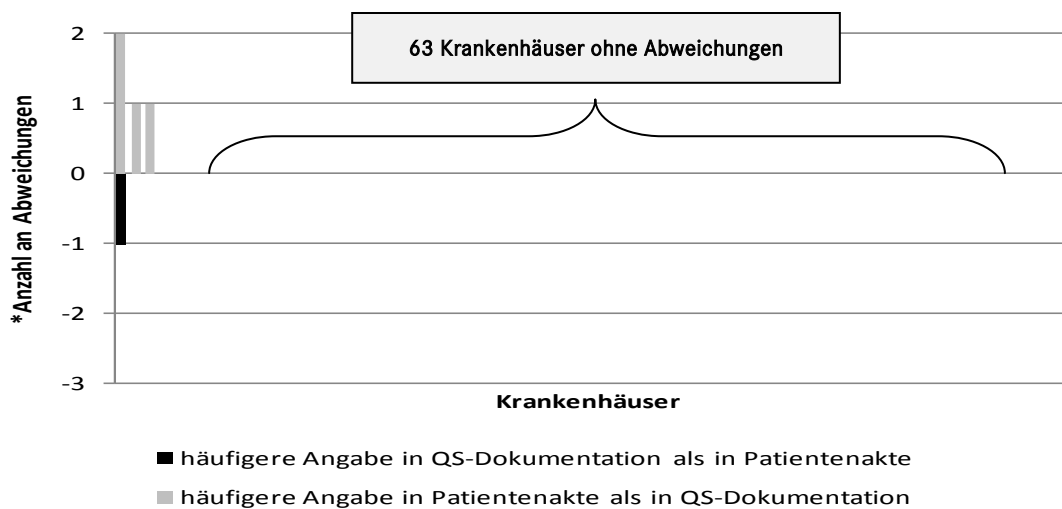
		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	9 0,7%	1 0,1%	0 0,0%	10 0,8%
	nein	5 0,4%	1.290 98,8%	1 0,1%	1.296 99,2%
Gesamt		14 1,1%	1.291 98,9%	1 0,1%	1.306 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.299/1.305	99,5%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/1.305	0,5%
Sensitivität	9/14	64,3%
Spezifität	1.290/1.291	99,9%
positiv prädiktiver Wert	9/10	90,0%
negativ prädiktiver Wert	1.290/1.295	99,6%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 7 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.



*Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

1.2.21 Datenfeld 66: Entlassungsgrund (Tod)

Vergleichende Auswertung unter Ausschluss des Krankenhauses mit dem Problem des Krankenhausinformationssystems.

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.286	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.286	100,0%

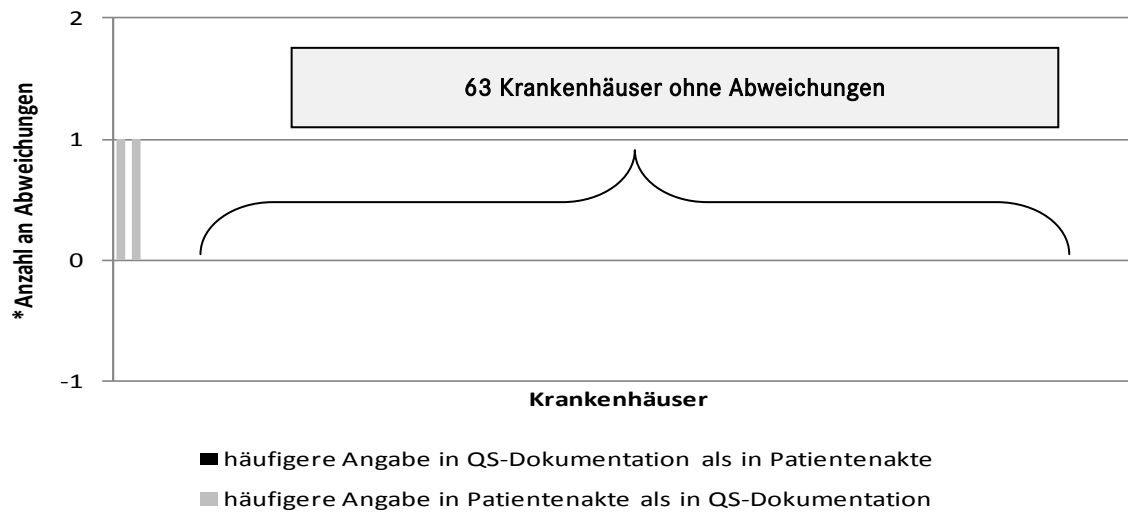
		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	9 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	9 0,7%
	nein	2 0,2%	1.275 99,1%	0 0,0%	1.277 99,3%
Gesamt		11 0,9%	1.275 99,1%	0 0,0%	1.286 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.284 / 1.286	99,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2 / 1.286	0,2%
Sensitivität	9 / 11	81,8%
Spezifität	1.275 / 1.275	100,0%
positiv prädiktiver Wert	9 / 9	100,0%
negativ prädiktiver Wert	1.275 / 1.277	99,8%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 7 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.



* Die Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen

2 Umfassende Datenvalidierung: Lebertransplantation

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

2.1.1 AK1: Häufig Angabe des gleichen Bilirubinwertes i.S. vor der Operation

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit Modalwert des Bilirubinwertes i.S. vor der Operation
Beschreibung Nenner	Alle Behandlungsfälle
Referenzbereich	< 20%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	20

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	23/23	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	0/23	0,0%

2.1.2 AK2: Häufig Angabe des gleichen Kreatininwertes i. S. vor der Operation

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit Modalwert des Kreatininwertes i.S. vor der Operation
Beschreibung Nenner	alle Behandlungsfälle
Referenzbereich	< 20%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	20

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	23/23	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	1/23	4,3%
keine Maßnahme	0/1	0,0%
Hinweise verschickt	0/1	0,0%
Stellungnahmen angefordert	1/1	100,0%
Sonstiges	0/1	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	0/1	0,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	1/1	100,0%
Dokumentationsfehler	1/1	100,0%
Softwarefehler	0/1	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/1	0,0%
sonstige Antworten	0/1	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/1	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/1	0,0%
sonstiges	0/1	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

2.2.1 Datenfeld 7: Indikation bei Lebertransplantation

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung <i>(alle Patienten)</i>	20	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse <i>(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)</i>	20/20	100,0%
100%ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation (Anzahl und Kodierung)	17/20	85,0%

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

2.2.2 Datenfeld 8: Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

		in Patientenakte				Gesamt
		HU (High Urgency)	ACO (Approved Combined Organ)	T (Transplantable)	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	HU (High Urgency)	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	ACO (Approved Combined Organ)	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	T (Transplantable)	0 0,0%	0 0,0%	20 100,0%	0 0,0%	20 100,0%
Gesamt		0 0,0%	0 0,0%	20 100,0%	0 0,0%	20 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	20/20	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/20	0,0%

2.2.3 Datenfeld 9,1: Bilirubin i.S. in mg/dl

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/20	40,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/20	60,0%
Eintrag in die Patientenakte größer als in QS-Dokumentation	7/12	58,3%
≤ 0,2 mg/dl	2/7	28,6%
> 0,2 mg/dl	5/7	71,4%
Eintrag in die Patientenakte kleiner als in der QS-Dokumentation	5/12	41,7%
≤ 0,2 mg/dl	0/5	0,0%
> 0,2 mg/dl	5/5	100,0%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	10/20	50,0%
Abweichung > 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	10/20	50,0%

2.2.4 Datenfeld 10,1: Kreatininwert i.S. in mg/dl

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/20	60,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/20	40,0%
Eintrag in die Patientenakte größer als in QS-Dokumentation	7/8	87,5%
≤ 0,2 mg/dl	2/7	28,6%
> 0,2 mg/dl	5/7	71,4%
Eintrag in die Patientenakte kleiner als in der QS-Dokumentation	1/8	12,5%
≤ 0,2 mg/dl	1/1	100,0%
> 0,2 mg/dl	0/1	0,0%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	15/20	75,0%
Abweichung > 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	5/20	25,0%

2.2.5 Datenfeld 11: International Normalized Ratio

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/20	35,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13/20	65,0%
Eintrag in die Patientenakte größer als in QS-Dokumentation	11/13	84,6%
≤ 0,2	7/11	63,6%
> 0,2	4/11	36,3%
Eintrag in die Patientenakte kleiner als in der QS-Dokumentation	2/13	15,4%
≤ 0,2	1/2	50,0%
> 0,2	1/2	50,0%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 0,2 zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	15/20	75,0%
Abweichung > 0,2 zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	5/20	15,0%

2.2.6 Datenfeld 12: Spendertyp

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

		in Patientenakte				Gesamt
		hirntot	Domino	lebend	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	hirntot	20 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	20 100,0%
	Domino	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	lebend	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Gesamt		20 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	20 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	20/20	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/0	-

2.2.7 Datenfeld 13: Spenderalter

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	18/20	90,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/20	10,0%
Eintrag in die Patientenakte größer als in QS-Dokumentation	1/2	50,0%
≤ 10 Jahre	0/1	0,0%
> 10 Jahre	1/1	100,0%
Eintrag in die Patientenakte kleiner als in der QS-Dokumentation	1/2	50,0%
≤ 10 Jahre	0/1	0,0%
> 10 Jahre	1/1	100,0%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 10 Jahre zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	18/20	90,0%
Abweichung > 10 Jahre zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	2/20	10,0%

2.2.8 Datenfeld 14: kombinierte Transplantation

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	1 5,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 5,0%
	nein	0 0,0%	19 95,0%	0 0,0%	19 95,0%
Gesamt		1 5,0%	19 95,0%	0 0,0%	20 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	20/20	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/20	0,0%
Sensitivität	1/1	100,0%
Spezifität	19/19	100,0%
positiv prädiktiver Wert	1/1	100,0%
negativ prädiktiver Wert	19/19	100,0%

2.2.9 Datenfeld 15: Retransplantation

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	3 15,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 15,0%
	nein	0 0,0%	17 85,0%	0 0,0%	17 85,0%
Gesamt		3 15,0%	17 85,0%	0 0,0%	20 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	20/20	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/20	0,0%
Sensitivität	3/3	100,0%
Spezifität	17/17	100,0%
positiv prädiktiver Wert	3/3	100,0%
negativ prädiktiver Wert	17/17	100,0%

2.2.10 Datenfeld 17: Spenderorgan

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

		in Patientenakte				Gesamt
		full size	reduced	split	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	full size	20 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	20 100,0%
	reduced	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	split	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Gesamt		20 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	20 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	20/20	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/20	0,0%

2.2.11 Datenfeld 18: kalte Ischämiezeit**Grundgesamtheit: alle Patienten**

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	16/20	80,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/20	20,0%
Eintrag in die Patientenakte größer als in QS-Dokumentation	1/4	25,0%
≤ 30 min	0/1	0,0%
> 30 min	1/1	100,0%
Eintrag in die Patientenakte kleiner als in der QS-Dokumentation	3/4	75,0%
≤ 30 min	0/3	0,0%
> 30 min	3/3	100,0%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 30 min zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	16/20	80,0%
Abweichung > 30 min zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4/20	20,0%

2.2.12 Datenfeld 20: Operation 1**Grundgesamtheit: alle Patienten**

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (alle Patienten)	20	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	20/20	100,0%
100%ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation (Anzahl und Kodierung)	18/20	90,0%

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

	Anzahl	%
OPS-Kodes in Patientenakte	20	-
OPS-Kodes in QS-Dokumentation	20	-
Übereinstimmung zwischen OPS-Kodes in Patientenakte und QS-Dokumentation (Kodierung)	18/20	90,0%

2.2.13 Datenfeld 23: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	20	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	20	100,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		lebt	verstorben	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	lebt	17 85,0%	0 0,0%	0 0,0%	17 85,0%
	verstorben	0 0,0%	3 15,0%	0 0,0%	3 15,0%
Gesamt		17 85,0%	3 15,0%	0 0,0%	20 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	20/20	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/20	0,0%
Sensitivität	17/17	100,0%
Spezifität	3/3	100,0%
positiv prädiktiver Wert	17/17	100,0%
negativ prädiktiver Wert	3/3	100,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung aller QI, ausgenommen QI 3, eine Dichotomisierung des Datenfeldes erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

3.1.1 Herzschrittmacher-Erstimplantation

3.1.1.1 AK1: Häufig führendes Symptom ‚sonstiges‘

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit führendem Symptom ‚sonstiges‘.
Beschreibung Nenner	Alle Patienten.
Referenzbereich	≤ 15,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	20

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.040/1.042	99,8%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	34/1.040	3,3%
keine Maßnahme	0/34	0,0%
Hinweise verschickt	4/34	11,8%
Stellungnahmen angefordert	23/34	67,6%
Sonstiges	7/34	20,6%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	10/23	43,5%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	11/23	47,8%
Dokumentationsfehler	11/23	47,8%
Softwarefehler	0/23	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/23	0,0%
sonstige Antworten	1/23	4,3%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/23	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/23	0,0%
sonstiges	1/23	4,3%
Eingegangene Stellungnahmen	22/23	95,7%
Unbeantwortete Stellungnahmen	1/23	4,3%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.1.2 AK2: Häufig führende Indikation ‚sonstiges‘

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit führender Indikation ‚sonstiges‘ zur Schrittmacherimplantation.
Beschreibung Nenner	Alle Patienten.
Referenzbereich	≤ 15,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	20

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.040/1.042	99,8%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	12/1.040	1,2%
keine Maßnahme	0/12	0,0%
Hinweise verschickt	4/12	33,3%
Stellungnahmen angefordert	6/12	50,0%
Sonstiges	2/12	16,7%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	1/6	16,7%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	5/6	83,3%
Dokumentationsfehler	4/6	66,7%
Softwarefehler	1/6	16,7%
andere organisatorische Probleme	0/6	0,0%
sonstige Antworten	0/6	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/6	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/6	0,0%
sonstiges	0/6	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	6/6	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/6	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.1.3 AK7: Gesamtkomplikationsrate: Keine Komplikationen bei hohen Fallzahlen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten ohne peri- bzw. postoperative Komplikation(en)
Beschreibung Nenner	Alle Patienten.
Referenzbereich	< 100,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	100

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.040/1.042	99,8%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	74/1.040	7,1%
keine Maßnahme	0/74	0,0%
Hinweise verschickt	28/74	37,8%
Stellungnahmen angefordert	29/74	39,2%
Sonstiges	17/74	23,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	17/29	58,6%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	12/29	41,4%
Dokumentationsfehler	12/29	41,4%
Softwarefehler	0/29	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/29	0,0%
sonstige Antworten	0/29	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/29	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/29	0,0%
sonstiges	0/29	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	29/29	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/29	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.2 Karotis-Rekonstruktion

3.1.2.1 AK14a: Keine Angabe von perioperativen Komplikationen (Schlaganfall, Tod) bei hohem perioperativem Komplikationsrisiko

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit gültigen Angaben zum Karotis-Score-I, die weder verstorben sind noch einen Schlaganfall hatten und nach dem Prognosemodell für Schlaganfall und Tod eine Wahrscheinlichkeit von mindestens 20% aufweisen.
Beschreibung Nenner	Patienten mit gültigen Angaben zum Karotis-Score-I.
Referenzbereich	Sentinel Event
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	544/545	99,8%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	33/544	6,1%
keine Maßnahme	0/33	0,0%
Hinweise verschickt	8/33	24,2%
Stellungnahmen angefordert	25/33	75,8%
Sonstiges	0/33	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	22/25	88,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	2/25	8,0%
Dokumentationsfehler	1/25	4,0%
Softwarefehler	0/25	0,0%
andere organisatorische Probleme	1/25	4,0%
sonstige Antworten	1/25	4,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/25	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/25	0,0%
sonstiges	1/25	4,0%
Eingegangene Stellungnahmen	25/25	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/25	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.3 Gynäkologische Operationen

3.1.3.1 AK1: Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 55 Jahren mit isoliertem Ovaringriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patientinnen mit führendem histologischen Befund Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste.
Beschreibung Nenner	Patientinnen mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe im Alter ≥ 55 Jahre.
Referenzbereich	≤ 1
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	865/1.121	77,2%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	201/865	23,2%
keine Maßnahme	20/201	10,0%
Hinweise verschickt	14/201	7,0%
Stellungnahmen angefordert	116/201	57,7%
Sonstiges	51/201	25,4%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	18/116	15,5%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	79/116	68,1%
Dokumentationsfehler	77/116	66,4%
Softwarefehler	0/116	0,0%
andere organisatorische Probleme	2/116	1,7%
sonstige Antworten	5/116	4,3%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	1/116	0,9%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	1/116	0,9%
sonstiges	3/116	2,6%
Eingegangene Stellungnahmen	102/116	87,9%
Unbeantwortete Stellungnahmen	14/116	12,1%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.3.2 AK2: Keine Organverletzungen bei hoher Verweildauer

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patientinnen ohne Organverletzungen.
Beschreibung Nenner	Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang und einer Verweildauer \geq 9 Tage (90. Perzentil).
Referenzbereich	< 100,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	726/1.121	64,8%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	21/726	2,9%
keine Maßnahme	8/21	38,1%
Hinweise verschickt	6/21	28,6%
Stellungnahmen angefordert	1/21	4,8%
Sonstiges	6/21	28,6%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	1/1	100%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	0/1	0,0%
Dokumentationsfehler	0/1	0,0%
Softwarefehler	0/1	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/1	0,0%
sonstige Antworten	0/1	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/1	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/1	0,0%
sonstiges	0/1	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	1/1	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/1	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.4 Geburtshilfe

3.1.4.1 AK5a: Auffallend wenige Wochenbettkomplikationen der Mutter

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Wochenbettkomplikationen, dazu zählen: Sepsis, Fieber, Anämie, allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen.
Beschreibung Nenner	Alle Mütter mit einer postpartalen Verweildauer ≥ 7 Tage.
Referenzbereich	$\geq 5,0\%$ (5.Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	815/821	99,3%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	51/815	6,3%
keine Maßnahme	3/51	5,9%
Hinweise verschickt	13/51	25,5%
Stellungnahmen angefordert	26/51	51,0%
Sonstiges	9/51	17,6%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	6/26	23,1%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	14/26	53,8%
Dokumentationsfehler	14/26	53,8%
Softwarefehler	0/26	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/26	0,0%
sonstige Antworten	1/26	3,8%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/26	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/26	0,0%
sonstiges	1/26	3,8%
Eingegangene Stellungnahmen	21/26	80,8%
Unbeantwortete Stellungnahmen	5/26	19,2%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.4.2 AK7a: Keine Angabe einer Azidose (Nabelarterien-pH < 7,0) bei Kindern mit einem hohen Azidoserisiko

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Lebendgeborene Kinder mit vollständiger Dokumentation zum Azidose-Score, die keine Azidose (pH < 7,0) aufweisen und laut dem Prognosemodell für Azidose eine Wahrscheinlichkeit von mindestens 50% haben.
Beschreibung Nenner	Lebendgeborene Kinder mit vollständiger Dokumentation zum Azidose-Score.
Referenzbereich	Sentinel Event
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	795/821	96,8%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	19/795	2,4%
keine Maßnahme	0/19	0,0%
Hinweise verschickt	0/19	0,0%
Stellungnahmen angefordert	16/19	84,2%
Sonstiges	3/19	15,8%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	14/16	87,5%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	0/16	0,0%
Dokumentationsfehler	0/16	0,0%
Softwarefehler	0/16	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/16	0,0%
sonstige Antworten	0/16	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/16	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/16	0,0%
sonstiges	0/16	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	14/16	87,5%
Unbeantwortete Stellungnahmen	2/16	12,5%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.5 Hüftgelenksnahe Femurfraktur

3.1.5.1 AK1: Nie Operationen später als 48 Stunden nach Aufnahme

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit Operation nach Aufnahme später als 48 Stunden.
Beschreibung Nenner	Alle Patienten.
Referenzbereich	> 0,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	27

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.185/1.185	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	25/1.185	2,1%
keine Maßnahme	1/25	4,0%
Hinweise verschickt	1/25	4,0%
Stellungnahmen angefordert	19/25	76,0%
Sonstiges	4/25	16,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	15/19	78,9%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	3/19	15,8%
Dokumentationsfehler	2/19	10,5%
Softwarefehler	0/19	0,0%
andere organisatorische Probleme	1/19	5,3%
sonstige Antworten	1/19	5,3%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/19	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/19	0,0%
sonstiges	1/19	5,3%
Eingegangene Stellungnahmen	19/19	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/19	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.5.2 AK3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Alle Fälle mit mindestens einer behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen chirurgischen Komplikation oder mindestens einer Wundinfektion oder mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation.
Beschreibung Nenner	Alle Fälle mit einer postoperativen Verweildauer > 23 Tage (90. Perzentil).
Referenzbereich	> 0,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.047/1.185	88,4%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	11/1.047	1,1%
keine Maßnahme	2/11	18,2%
Hinweise verschickt	1/11	9,1%
Stellungnahmen angefordert	6/11	54,5%
Sonstiges	2/11	18,2%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	2/6	33,3%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	1/6	16,7%
Dokumentationsfehler	1/6	16,7%
Softwarefehler	0/6	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/6	0,0%
sonstige Antworten	3/6	50,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/6	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/6	0,0%
sonstiges	3/6	50,0%
Eingegangene Stellungnahmen	6/6	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/6	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.6 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

3.1.6.1 AK2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Alle Fälle mit mindestens einer behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen chirurgischen Komplikation oder mindestens einer Wundinfektion oder mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation.
Beschreibung Nenner	Alle Fälle mit einer postoperativen Verweildauer > 15 Tage (90. Perzentil).
Referenzbereich	> 0,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.085/1.149	94,4%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	26/1.085	2,4%
keine Maßnahme	1/26	3,8%
Hinweise verschickt	7/26	26,9%
Stellungnahmen angefordert	11/26	42,3%
Sonstiges	7/26	26,9%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	8/11	72,7%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	3/11	27,3%
Dokumentationsfehler	3/11	27,3%
Softwarefehler	0/11	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/11	0,0%
sonstige Antworten	0/11	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/11	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/11	0,0%
sonstiges	0/11	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	11/11	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/11	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.6.2 AK6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit ASA 5.
Beschreibung Nenner	Alle Patienten.
Referenzbereich	Sentinel Event
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.148 / 1.149	99,9%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	26 / 1.148	2,3%
keine Maßnahme	0 / 26	0,0%
Hinweise verschickt	0 / 26	0,0%
Stellungnahmen angefordert	26 / 26	100,0%
Sonstiges	0 / 26	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	5 / 26	19,2%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	21 / 26	80,8%
Dokumentationsfehler	21 / 26	80,8%
Softwarefehler	0 / 26	0,0%
andere organisatorische Probleme	0 / 26	0,0%
sonstige Antworten	0 / 26	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0 / 26	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0 / 26	0,0%
sonstiges	0 / 26	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	26 / 26	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0 / 26	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.7 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

3.1.7.1 AK4a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Alle Fälle mit mindestens einer behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen chirurgischen Komplikation oder mindestens einer Wundinfektion oder mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation.
Beschreibung Nenner	Alle Fälle mit einer postoperativen Verweildauer > 15 Tage (90. Perzentil).
Referenzbereich	> 0,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	973/1.036	93,9%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	41/973	4,2%
keine Maßnahme	0/41	0,0%
Hinweise verschickt	6/41	14,6%
Stellungnahmen angefordert	20/41	48,8%
Sonstiges	15/41	36,6%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	8/20	40,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	11/20	55,0%
Dokumentationsfehler	10/20	50,0%
Softwarefehler	1/20	5,0%
andere organisatorische Probleme	0/20	0,0%
sonstige Antworten	1/20	5,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	1/20	5,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/20	0,0%
sonstiges	0/20	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	20/20	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/20	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.7.2 AK7: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit ASA 5.
Beschreibung Nenner	Alle Patienten.
Referenzbereich	Sentinel Event
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.035/1.036	99,9%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	5/1.035	0,5%
keine Maßnahme	0/5	0,0%
Hinweise verschickt	0/5	0,0%
Stellungnahmen angefordert	5/5	100,0%
Sonstiges	0/5	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	0/5	0,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	4/5	80,0%
Dokumentationsfehler	4/5	80,0%
Softwarefehler	0/5	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/5	0,0%
sonstige Antworten	1/5	20,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/5	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/5	0,0%
sonstiges	1/5	20,0%
Eingegangene Stellungnahmen	5/5	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/5	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.8 Mammachirurgie

3.1.8.1 AK3: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patientinnen ohne postoperative Histologie ‚invasives Mammakarzinom‘
Beschreibung Nenner	Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie ‚invasives Mammakarzinom (Primärtumor)‘
Referenzbereich	< 5
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	5

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	800/960	83,3%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	35/800	4,4%
keine Maßnahme	0/35	0,0%
Hinweise verschickt	7/35	20,0%
Stellungnahmen angefordert	25/35	71,4%
Sonstiges	3/35	8,6%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	4/25	16,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	18/25	72,0%
Dokumentationsfehler	18/25	72,0%
Softwarefehler	0/25	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/25	0,0%
sonstige Antworten	1/25	4,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/25	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/25	0,0%
sonstiges	1/25	4,0%
Eingegangene Stellungnahmen	23/25	92,0%
Unbeantwortete Stellungnahmen	2/25	8,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.8.2 AK4: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Alle Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie.
Beschreibung Nenner	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und postoperativer Histologie ‚invasives Mammakarzinom‘
Referenzbereich	≤ 28,7% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	880/960	91,7%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	115/880	13,1%
keine Maßnahme	3/115	2,6%
Hinweise verschickt	8/115	7,0%
Stellungnahmen angefordert	22/115	19,1%
Sonstiges	82/115	71,3%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	8/22	36,4%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	8/22	36,4%
Dokumentationsfehler	8/22	36,4%
Softwarefehler	0/22	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/22	0,0%
sonstige Antworten	2/22	9,1%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/22	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/22	0,0%
sonstiges	2/22	9,1%
Eingegangene Stellungnahmen	18/22	81,8%
Unbeantwortete Stellungnahmen	4/22	18,2%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.9 Koronarangiographie und PCI

3.1.9.1 AK2: Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests).
Beschreibung Nenner	Alle Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“.
Referenzbereich	< 100,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	50

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	808/850	95,1%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	26/808	3,2%
keine Maßnahme	1/26	3,8%
Hinweise verschickt	2/26	7,7%
Stellungnahmen angefordert	19/26	73,1%
Sonstiges	4/26	15,4%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	11/19	57,9%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	6/19	31,6%
Dokumentationsfehler	6/19	31,6%
Softwarefehler	0/19	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/19	0,0%
sonstige Antworten	0/19	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/19	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/19	0,0%
sonstiges	0/19	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	17/19	89,5%
Unbeantwortete Stellungnahmen	2/19	10,5%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.10 Dekubitusprophylaxe

3.1.10.1 AK2: Häufig Mikrobewegungen = ‚nein‘ bei Aufnahme oder Entlassung dokumentiert

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten ohne Mikrobewegungen bei Aufnahme oder ohne Mikrobewegungen bei Entlassung.
Beschreibung Nenner	Alle Patienten.
Referenzbereich	≤ 10,1% (90. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	20

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.707 / 1.709	99,9%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	55 / 1.707	3,2%
keine Maßnahme	0 / 55	0,0%
Hinweise verschickt	9 / 55	16,4%
Stellungnahmen angefordert	46 / 55	83,6%
Sonstiges	0 / 55	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	2 / 46	4,3%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	43 / 46	93,5%
Dokumentationsfehler	40 / 46	87,0%
Softwarefehler	3 / 46	6,5%
andere organisatorische Probleme	0 / 46	0,0%
sonstige Antworten	1 / 46	2,2%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0 / 46	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	1 / 46	2,2%
sonstiges	0 / 46	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	46 / 46	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0 / 46	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.10.2 AK3: Häufig Kodierfehler bei der Dekubituseinstufung

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit Dekubitus Grad 3 oder 4 bei Aufnahme.
Beschreibung Nenner	Patienten mit Dekubitus Grad 1 oder ohne Dekubitus bei Entlassung und einer Verweildauer von ≤ 10 Tagen.
Referenzbereich	≤ 1
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	20

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.457/1.709	85,3%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	25/1.457	1,7%
keine Maßnahme	0/25	0,0%
Hinweise verschickt	0/25	0,0%
Stellungnahmen angefordert	25/25	100,0%
Sonstiges	0/25	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	1/25	4,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	24/25	96,0%
Dokumentationsfehler	24/25	96,0%
Softwarefehler	0/25	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/25	0,0%
sonstige Antworten	0/25	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/25	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/25	0,0%
sonstiges	0/25	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	25/25	100%
Unbeantwortete Stellungnahmen	0/25	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.11 Ambulant erworbene Pneumonie

3.1.11.1 AK1: Auffallend häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit Modalwert der spontanen Atemfrequenz bei Aufnahme.
Beschreibung Nenner	Alle Patienten, die bei Aufnahme nicht beatmet wurden.
Referenzbereich	≤ 50,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.344/1.359	98,9%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	20/1.344	1,5%
keine Maßnahme	2/20	10,0%
Hinweise verschickt	4/20	20,0%
Stellungnahmen angefordert	8/20	40,0%
Sonstiges	6/20	30,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	4/8	50,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	2/8	25,0%
Dokumentationsfehler	2/8	25,0%
Softwarefehler	0/8	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/8	0,0%
sonstige Antworten	1/8	12,5%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/8	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	1/8	12,5%
sonstiges	0/8	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	7/8	87,5%
Unbeantwortete Stellungnahmen	1/8	12,5%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.11.2 AK6: Häufige Angabe, dass im Einklang mit dem Willen des Patienten und ärztl. Einschätzung wegen infauster Prognose der Grunderkrankung auf die antimikrob. Therapie verzichtet oder diese im Verlauf des Aufenthaltes eingestellt wurde

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit vorzeitiger Einstellung der Antibiotikatherapie wegen infauster Prognose der Grunderkrankung.
Beschreibung Nenner	Alle Patienten.
Referenzbereich	≤ 20,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.344/1.359	98,9%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	43/1.344	3,2%
keine Maßnahme	0/43	0,0%
Hinweise verschickt	8/43	18,6%
Stellungnahmen angefordert	26/43	60,5%
Sonstiges	9/43	20,9%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	7/26	26,9%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	18/26	69,2%
Dokumentationsfehler	18/26	69,2%
Softwarefehler	0/26	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/26	0,0%
sonstige Antworten	0/26	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/26	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/26	0,0%
sonstiges	0/26	0,0%
Eingegangene Stellungnahmen	25/26	96,2%
Unbeantwortete Stellungnahmen	1/26	3,8%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.12 Isolierte Koronarchirurgie

3.1.12.1 AK1: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten, die im KH verstarben.
Beschreibung Nenner	Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und „sonstige, mit und ohne Dokumentation“ operiert wurden, jedoch ohne Aortenklappenoperationen und unter Ausschluss der OPS-Prozedurenkodes 5-350.2'; '5-350.3'; '5-351.11'; '5-351.12'; '5-351.13'; '5-351.14'; '5-351.1x'; '5-352.10'; '5-352.11'; '5-352.12'; '5-352.13'; '5-352.1x'; '5-353.1'; '5-353.2'; '5-384.01'; '5-384.02'; '5-384.0x'; '5-384.02'; '5-384.0x'; '5-384.11'; '5-384.12'; '5-384.1x'.
Referenzbereich	≤ 2 Fälle (90. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	58/81	71,6%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	4/58	6,9%
keine Maßnahme	0/4	0,0%
Hinweise verschickt	0/4	0,0%
Stellungnahmen angefordert	4/4	100,0%
Sonstiges	0/4	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	1/4	25,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	3/4	75,0%
Dokumentationsfehler	3/4	75,0%
Softwarefehler	0/4	0,0
andere organisatorische Probleme	0/4	0,0%
sonstige Antworten	0/4	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/4	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/4	0,0%
sonstiges	0/4	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.12.2 AK2a: Auffallend häufig Angaben von Risikofaktoren zum KCH-Score

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	O/E unter Berücksichtigung der Variablen Alter und Geschlecht
Beschreibung Nenner	O/E unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren des KCH-Scores
Referenzbereich	< 4,3% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	81/81	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	3/81	3,7%
keine Maßnahme	0/3	0,0%
Hinweise verschickt	0/3	0,0%
Stellungnahmen angefordert	3/3	100,0%
Sonstiges	0/3	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	2/3	66,7%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	1/3	33,3%
Dokumentationsfehler	1/3	33,3%
Softwarefehler	0/3	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/3	0,0%
sonstige Antworten	0/3	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/3	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/3	0,0%
sonstiges	0/3	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.13 Isolierte Aortenklappenchirurgie

3.1.13.1 AK1: Auffallend häufig verstorbene Patienten mit sonstigen Operationen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Verstorbene Patienten nach herzchirurgischer Operation.
Beschreibung Nenner	Patienten mit sonstiger Herzoperation.
Referenzbereich	≤ 1 Fall (90. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	68/80	85,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	4/68	5,9%
keine Maßnahme	0/4	0,0%
Hinweise verschickt	0/4	0,0%
Stellungnahmen angefordert	4/4	100,0%
Sonstiges	0/4	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	2/4	50,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	2/4	50,0%
Dokumentationsfehler	2/4	50,0%
Softwarefehler	0/4	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/4	0,0%
sonstige Antworten	0/4	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/4	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/4	0,0%
sonstiges	0/4	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.13.2 AK2a: Auffallend häufig Angaben von Risikofaktoren zum AKL-Score

Isolierte Aortenklappenchirurgie, konventionell

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	O/E unter Berücksichtigung der Variablen Alter und Geschlecht.
Beschreibung Nenner	O/E unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren des AKL-Scores
Referenzbereich	< 3 Fälle (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	80/80	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	3/80	3,8%
keine Maßnahme	0/3	0,0%
Hinweise verschickt	0/3	0,0%
Stellungnahmen angefordert	3/3	100,0%
Sonstiges	0/3	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	0/3	0,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	2/3	33,3%
Dokumentationsfehler	1/3	33,3%
Softwarefehler	1/3	33,3%
andere organisatorische Probleme	0/3	0,0%
sonstige Antworten	1/3	33,3%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	1/3	33,3%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/3	0,0%
sonstiges	0/3	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt**Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums**

Beschreibung Zähler	O/E unter Berücksichtigung der Variablen Alter und Geschlecht.
Beschreibung Nenner	O/E unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren des AKL-Scores
Referenzbereich	< 4 Fälle (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	80/80	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	2/80	2,5%
keine Maßnahme	0/2	0,0%
Hinweise verschickt	0/2	0,0%
Stellungnahmen angefordert	2/2	100,0%
Sonstiges	0/2	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	1/2	50,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	0/2	0,0%
Dokumentationsfehler	0/2	0,0%
Softwarefehler	0/2	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/2	0,0%
sonstige Antworten	1/2	50,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/2	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/2	0,0%
sonstiges	1/2	50,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3.1.14 Nierentransplantation

3.1.14.1 AK1: Auffallend häufig gute Transplantatfunktion bei Entlassung angegeben

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit guter Transplantatfunktion bei Entlassung.
Beschreibung Nenner	Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation, simultaner Pankreas-Nierentransplantation und Kombination Niere mit anderen Organen, die überlebt haben.
Referenzbereich	< 90,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	6

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	39/40	97,5%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	0/39	0,0%

3.1.14.2 AK5: Bei keinem Patienten Angabe einer akuten Abstoßungsreaktion während des stationären Aufenthaltes

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten ohne akute Abstoßungsreaktion
Beschreibung Nenner	Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation, simultaner Pankreas-Nierentransplantation und Kombination Niere mit anderen Organen
Referenzbereich	< 100,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	20

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	39/40	97,5%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	5/39	12,8%
keine Maßnahme	0/5	0,0%
Hinweise verschickt	0/5	0,0%
Stellungnahmen angefordert	5/5	100,0%
Sonstiges	0/5	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Antworten	%
korrekte Dokumentation bestätigt	3/5	60,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt	2/5	40,0%
Dokumentationsfehler	2/5	40,0%
Softwarefehler	0/5	0,0%
andere organisatorische Probleme	0/5	0,0%
sonstige Antworten	0/5	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt	0/5	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar	0/5	0,0%
sonstiges	0/5	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

4 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

4.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (AK V1)

Beschreibung Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul.
Beschreibung Nenner	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul.
Referenzbereich	≥ 95,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	Das KH muss laut Sollstatistik mindestens 40 dokumentationspflichtige (berechnet über alle Leistungsbereiche- ausgenommen Neonatologie und Implantierbare Defibrillatoren) und mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben. Eine Ausnahme bilden hier die Module der Transplantationsmedizin, bei denen aufgrund der geringen Fallzahlen keine Einschränkung der Grundgesamtheit erfolgen soll.

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums zur Überdokumentation (AK V2)

Beschreibung Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul.
Beschreibung Nenner	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul.
Referenzbereich	≤ 110,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	Das KH muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben. Eine Ausnahme bilden hier die Module der Transplantationsmedizin, bei denen aufgrund der geringen Fallzahlen keine Einschränkung der Grundgesamtheit erfolgen soll.