



Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zur Datenvalidierung 2013

Erfassungsjahr 2012

Stand: 15. Mai 2014

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2013 – Erfassungsjahr 2012

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

jährlich

Datum der Abgabe:

15. Mai 2014

Signatur:

14-SQG-007

Hinweis:

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

Anschrift des Herausgebers:

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

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

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

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
Zusammenfassung.....	9
1. Einleitung	14
2. Methodik.....	15
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	15
2.1.1. Durchführung.....	16
2.1.2. Bewertung	16
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	19
3. Umfassende Datenvalidierung	21
3.1 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4).....	21
3.1.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	21
3.1.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	24
3.1.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität	27
3.2 Geburtshilfe (16/1)	28
3.2.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	28
3.2.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	30
3.2.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität	34
3.3 Herztransplantation (HTX)	35
3.3.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	35
3.3.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	35
3.3.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität	37
3.4 Lebertransplantation (LTX)	37
3.4.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	37
3.4.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	38
3.4.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität	40
4. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)	41
4.1 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	41
4.2 Karotis-Revaskularisation (10/2).....	42
4.3 Cholezystektomie (12/1).....	43
4.4 Gynäkologische Operationen (15/1)	44
4.5 Geburtshilfe (16/1)	45
4.6 Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1).....	46

4.7 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)	47
4.8 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3)	48
4.9 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)	49
4.10 Mammachirurgie (18/1)	50
4.11 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)	51
4.12 Neonatologie (NEO)	52
4.13 Koronarchirurgie, isoliert (HCH_KCH).....	53
4.14 Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell (HCH_AORT)	54
4.15 Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (HCH_AORT_KATH).....	55
4.16 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH_KOMB).....	56
5. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	57
5.1 Indirekte Verfahren	57
5.1.1. Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	57
5.1.2. Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	59
5.1.3. Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz	60
5.1.4. Erkenntnisse zur Vollzähligkeit	62
5.2 Direkte Verfahren	62
5.2.1. Herzchirurgie	62
5.2.2. Transplantationen und Lebendspenden.....	63
6. Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren	67
7. Schlussfolgerung und Ausblick	70
Glossar.....	72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 09/4 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	10
Tabelle 2: 16/1 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	10
Tabelle 3: HTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	11
Tabelle 4: LTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	11
Tabelle 5: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung	12
Tabelle 6: Einstufungskategorien zum Erfassungsjahr 2012	17
Tabelle 7: Bewertung der Ergebnisse.....	18
Tabelle 8: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität	20
Tabelle 9: Kategorisierung der Sensitivität und der Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität.....	20
Tabelle 10: 09/4 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung.....	22
Tabelle 11: 09/4 – Umfang der Stichprobenprüfung	24
Tabelle 12: 09/4 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	25
Tabelle 13: 16/1 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung.....	29
Tabelle 14: 16/1 – Umfang der Stichprobenprüfung	31
Tabelle 15: 16/1 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	32
Tabelle 16: HTX – Umfang der Stichprobenprüfung	35
Tabelle 17: HTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	35
Tabelle 18: LTX – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung	37
Tabelle 19: LTX – Umfang der Stichprobenprüfung	38
Tabelle 20: LTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	39
Tabelle 21: 09/1 – Ergebnisse	42
Tabelle 22: 10/2 – Ergebnisse	42
Tabelle 23: 12/1 – Ergebnisse	44
Tabelle 24: 15/1 – Ergebnisse	45
Tabelle 25: 16/1 – Ergebnisse	46
Tabelle 26: 17/1 – Ergebnisse	46
Tabelle 27: 17/2 – Ergebnisse	47
Tabelle 28: 17/3 – Ergebnisse	49
Tabelle 29: 17/5 – Ergebnisse	50
Tabelle 30: 18/1 – Ergebnisse	51
Tabelle 31: 21/3 – Ergebnisse	51
Tabelle 32: NEO – Ergebnisse.....	53
Tabelle 33: HCH_KORO – Ergebnisse	54
Tabelle 34: HCH_AORT – Ergebnisse.....	54

Tabelle 35: HCH_AORT_KATH – Ergebnisse	55
Tabelle 36: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse	58
Tabelle 37: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse	59
Tabelle 38: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse	60
Tabelle 39: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung	62
Tabelle 40: Transplantationen und Lebendspenden	64
Tabelle 41: Ergebnisse des Strukturierter Dialogs zu den Qualitätsindikatoren	67
Tabelle 42: Auswertung der Ergebnisse des Strukturierter Dialogs zu den Qualitätsindikatoren	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 09/4 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht	9
Abbildung 2: 16/1 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht	10
Abbildung 3: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht.....	12
Abbildung 4: Verfahren der Datenvalidierung.....	15
Abbildung 5: 09/4 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht	26
Abbildung 6: 16/1 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht	33
Abbildung 7: HTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht.....	36
Abbildung 8: LTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht	40

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AKL	Aortenklappen
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ASA	American Society of Anesthesiologists
BFG	Bundesfachgruppe
EJ	Erfassungsjahr
FU	Follow-up
FUS	Follow-up-Status
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KH	Krankenhaus
KIS	Krankenhausinformationssystem
LB	Leistungsbereich
LQS	Landesgeschäftsstelle(n) für Qualitätssicherung
LVEF	linksventrikuläre Ejektionsfraktion
O/E	Observed to Expected Ratio
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PA	Patientenakte
PCI	Perkutane Koronarintervention
Qesü-RL	Richtlinie (des G-BA) zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Richtlinie gemäß §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung)
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie (des G-BA) gemäß §137 Abs. 1 SGB V i.V.m. §135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
RL	Richtlinie
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch

Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der umfassenden Datenvalidierung 2013 zum Erfassungsjahr 2012 aus den Leistungsbereichen *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*, *Geburtshilfe*, *Herztransplantation* und *Lebertransplantation* dargestellt. Zudem erfolgt (seit dem Erfassungsjahr 2010) neben einer Überprüfung weiterer Leistungsbereiche hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit auch eine Prüfung auf Vollständigkeit.

Insgesamt wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 149 Auffälligkeitskriterien überprüft. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden für die Datenvalidierung 2.418 rechnerische Auffälligkeiten analysiert und bewertet. Für die Stichprobenprüfung wurden mittels Zufallsstichprobe für die direkten Leistungsbereiche insgesamt 8 Krankenhäuser mit 109 Fällen gezogen. Bei den indirekten Leistungsbereichen wurden die Daten zu 93 Krankenhäusern mit 1.698 Fällen zur Prüfung an die LQS übermittelt. Nach Abschluss des Stichprobenverfahrens wurden bei den indirekten Verfahren jedoch nur die Daten von 90 Krankenhäusern und 1.636 Fällen an das AQUA-Institut zurückgesendet.

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 5 Auffälligkeitskriterien überprüft. Bei 132 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in 74,2 % der Fälle ($n = 98$) eine Stellungnahme angefordert. Bei 57,1 % der angefragten Krankenhäuser wurden Dokumentationsfehler festgestellt (vgl. Abbildung 1).

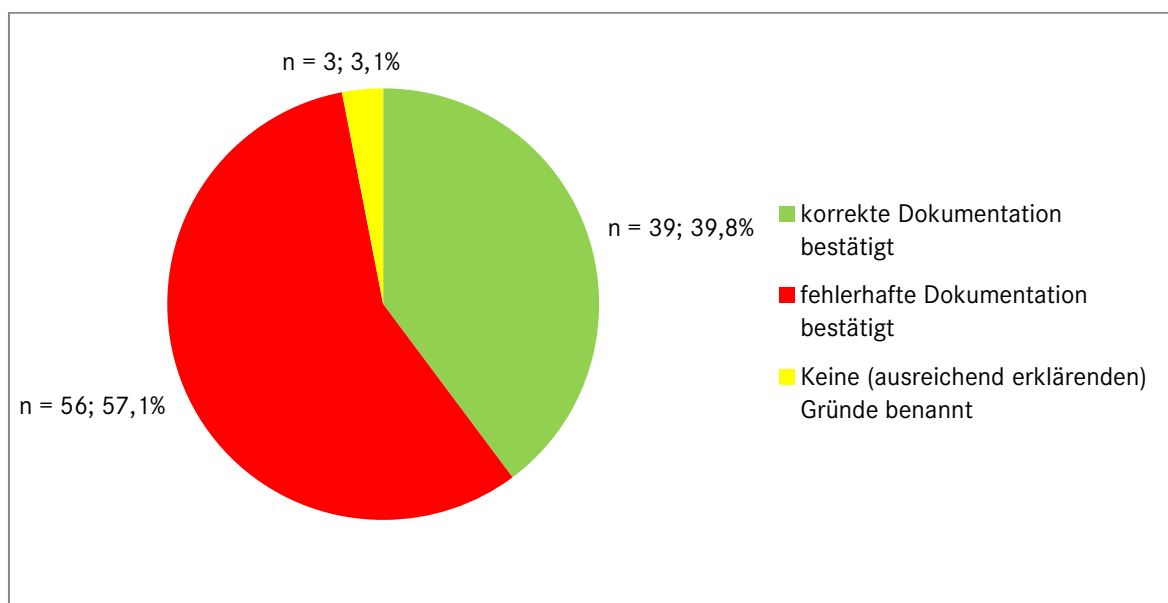


Abbildung 1: 09/4 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 36 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 6 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurden (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: 09/4 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld
10	linksventrikuläre Ejektionsfraktion
20	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 Stunden nach Infarktbeginn
36	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit
61	R-Amplitude
74	perioperative Komplikation(en)
96	Entlassungsgrund = Tod

Geburtshilfe

Im Leistungsbereich *Geburtshilfe* (16/1) wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 3 Auffälligkeitskriterien überprüft. Bei 89 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in 78,7 % der Fälle (n = 70) eine Stellungnahme angefordert. Bei 60,0 % der angefragten Krankenhäuser wurden Dokumentationsfehler festgestellt (vgl. Abbildung 2).

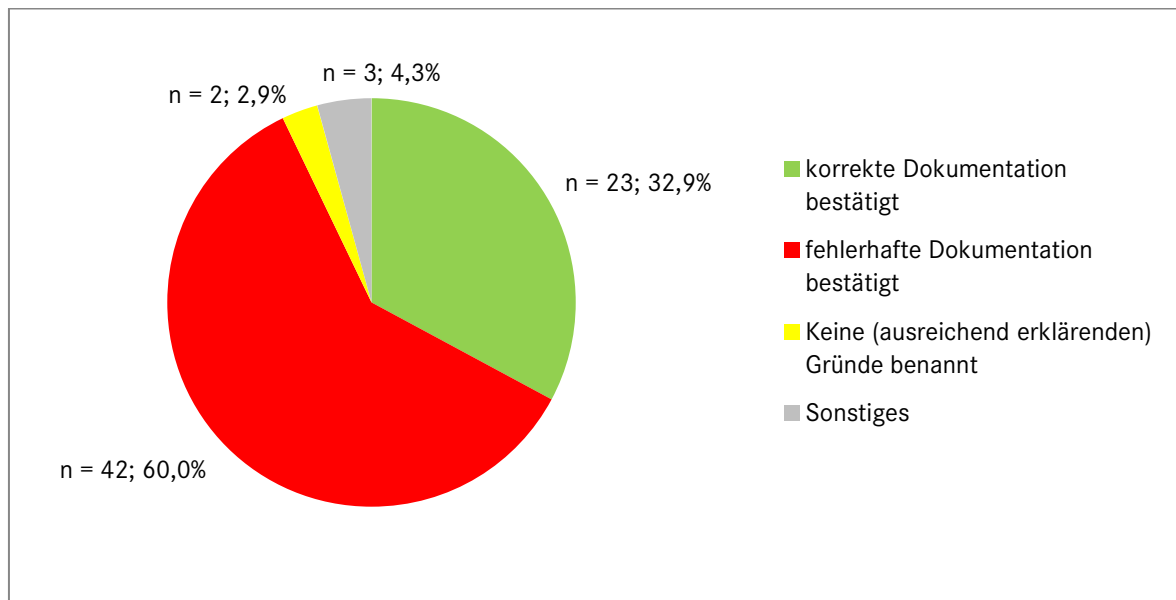


Abbildung 2: 16/1 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 24 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 6 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurden (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: 16/1 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld
32	Schwangerschafts-Risiken
33	Schwangerschafts-Risiko (Terminunklarheit)
108	Entlassungsgrund Mutter (Tod)
115	Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt
137	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)
141	E-E-Zeit bei Notsektio

Bei Datenfeld 33 „Schwangerschafts-Risiko“ wurden nicht alle möglichen Ausprägungen überprüft, sondern nur die „Terminunklarheit“. Die verbesserungsbedürftige Datenvalidität bei Datenfeld 108 „Entlassungsgrund Mutter (Tod)“ resultiert aus einem Einzelfall.

Herztransplantation

Im Leistungsbereich *Herztransplantation (HTX)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung keine neuen Auffälligkeitskriterien überprüft. Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 14 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 2 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurden (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: HTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld
28	Lungengefäßwiderstand Wert
51	Katecholamintherapie

Lebertransplantation

Im Leistungsbereich *Lebertransplantation (LTX)* wurde im Rahmen der Statistischen Basisprüfung ein neues Auffälligkeitskriterium überprüft. Insgesamt wurden 14 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. In den Stellungnahmen wurde deutlich, dass es zum Teil Dokumentationsprobleme gab. Die identifizierten Dokumentationsprobleme hatten jedoch keinen direkten Bezug zur Zielstellung des Auffälligkeitskriteriums.

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 19 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 3 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurden (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: LTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld
10	Indikation zur Lebertransplantation
19	labMELD
33	kalte Ischämiezeit

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Bezogen auf die Überprüfung der Datensätze hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit konnten bei den indirekten Verfahren insgesamt 996 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt werden. Auch hier werden die Auffälligkeiten auf Ebene der Krankenhäuser und pro Auffälligkeitskriterium bestimmt, sodass ein Krankenhaus in Bezug auf mehrere Auffälligkeitskriterien rechnerisch auffällig werden kann. Der Strukturierte Dialog hat ergeben, dass 26,2 % (n = 229) der rechnerischen Auffälligkeiten, für die eine schriftliche Stellungnahme angefordert wurde (n = 874), durch eine fehlerhafte Dokumentation bedingt sind. Bei den direkten Verfahren wurden 41 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Es wurden 40 Krankenhäuser mit der Bitte um Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme angeschrieben. In 45,0 % der Stellungnahmen (n = 18) wurden die rechnerischen Auffälligkeiten mit fehlerhaften Dokumentationen begründet.

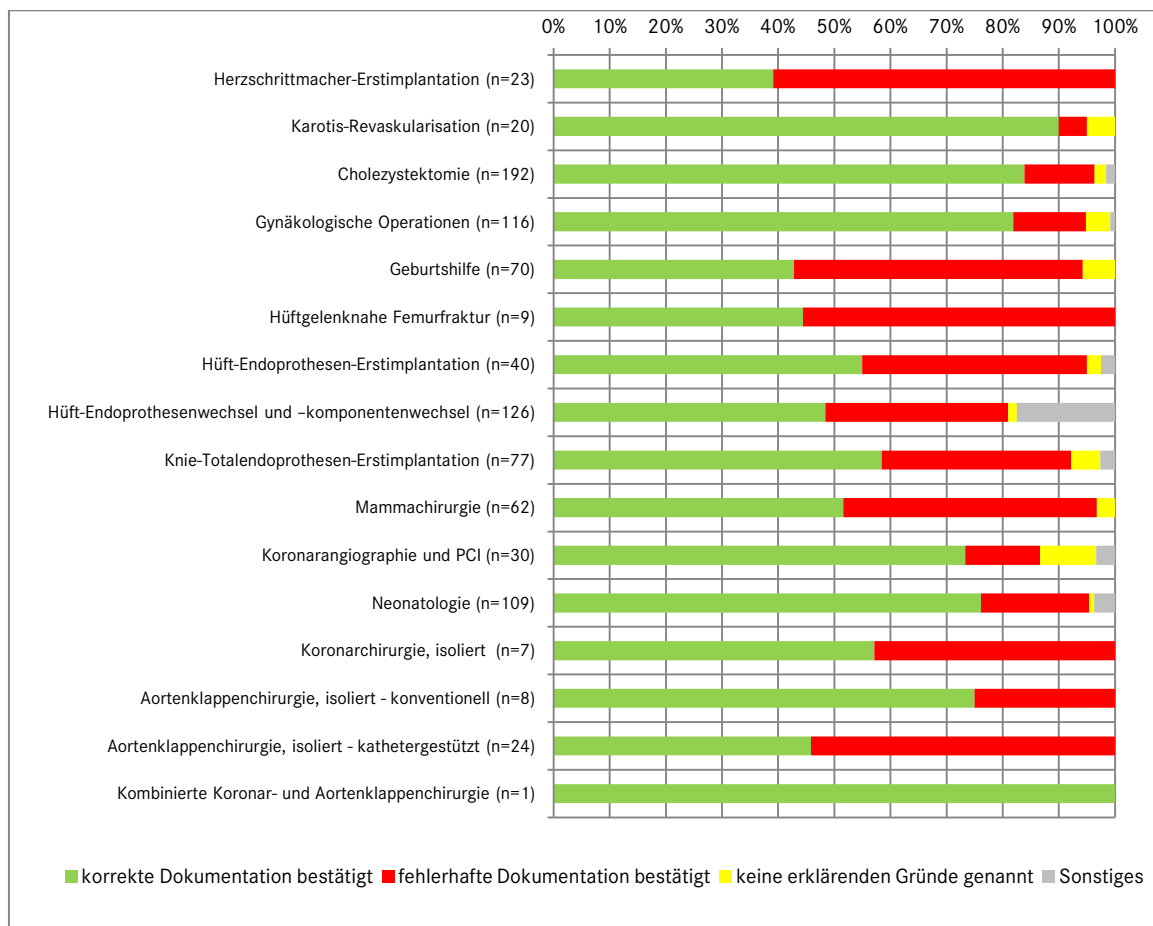


Abbildung 3: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bei der Anwendung der Vollzähligkeitsprüfung auf den Bundesdatenpool 2012 zeigen sich insgesamt 1.014 rechnerische Auffälligkeiten bezogen auf die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation und zum Minimaldatensatz. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich insbesondere beim Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation ein deutlicher Rückgang.

Tabelle 5: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung

Auffälligkeitskriterien	Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
	Rechnerisch auffällige KH	Angeforderte Stellungnahme	Rechnerisch auffällige KH	Angeforderte Stellungnahme
Underdokumentation	746	576	1.400	1.214
Überdokumentation	198	133	233	149
Minimaldatensatz	70	66	45	36

Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden zudem auch die Follow-up-Ergebnisse der Patienten nach ein, zwei und drei Jahren dokumentiert werden, wurden diese zusätzlich bei der Überprüfung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Diesbezüglich wurden weitere 93 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Außerdem wurden bei der Überprüfung der häufigen Angabe eines unbekanntem Follow-up-Status noch 24 weitere rechnerische Auffälligkeiten analysiert. Auch hier zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr ein teilweise deutlicher Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten.

Bericht zum Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren wurden zeitgleich 17.686 rechnerische Auffälligkeiten bearbeitet. Zu 57,5 % wurde eine Stellungnahme angefordert. Abschließend wurden 1.805 rechnerische Auffälligkeiten als qualitativ auffällig bewertet.

In 1.838 Fällen war eine Bewertung aufgrund mangelhafter Dokumentation nicht möglich. Nach Addition der bei den anderen Bewertungen vorhandenen Kommentare, die auf Dokumentationsprobleme hinweisen, ergaben sich 2.404 rechnerische Auffälligkeiten, bei denen Dokumentationsfehler in unterschiedlichem Ausmaß festgestellt wurden. Die Ergebnisse der Analyse dieser Hinweise auf Verbesserungspotential hinsichtlich der Dokumentationsqualität sind in Kapitel 6 dargestellt. Dort sind auch die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren über alle Leistungsbereiche einzusehen.

Die gesamten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren sind in einem separaten Bericht aufgearbeitet. Der *Bericht zum Strukturierten Dialog 2013 – Erfassungsjahr 2012* ist über www.sgg.de abrufbar.

Schlussfolgerung und Ausblick

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

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

Bei der Umsetzung der einzelnen Elemente der Datenvalidierung zeigten sich auf Seiten aller Beteiligten mehrere Anknüpfungspunkte für Verbesserungen.

1. Einleitung

Gemäß § 15 Abs. 2 QSKH-RL sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs und der Datenvalidierung jährlich in einem zusammenfassenden Bericht darzustellen. Da diese beiden Themenkomplexe unterschiedliche inhaltliche und methodische Schwerpunkte haben, werden sie in zwei separaten Berichtsteilen jeweils mit Anhang präsentiert. Im vorliegenden Bericht werden die Maßnahmen und Ergebnisse zur Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2012 aufgezeigt.

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Dokumentationsqualität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert und wird jährlich in ausgewählten Leistungsbereichen durchgeführt (vgl. §9 QSKH-RL). Im Jahr 2013 wurden die Daten aus dem Erfassungsjahr 2012 der Leistungsbereiche *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Geburtshilfe, Herztransplantation* und *Lebertransplantation* validiert. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit in weiteren ausgewählten Leistungsbereichen sowie die Auswertung der Vollzähligkeit der gelieferten Datensätze.

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

Eine Besonderheit in diesem Jahr war die erstmalige Anwendung des neu erarbeiteten Bewertungsschemas für die Ergebnisse im Strukturierten Dialog. Im Rahmen der Datenaufbereitung für diesen Bericht konnten Schwachstellen des neuen Schemas identifiziert und gesammelt werden; sie werden gemeinsam mit den durch die LQS erfassten Schwachstellen in den Evaluationsprozess und die anschließende Überarbeitung des Bewertungsschemas einfließen. Im Methodikteil dieses Berichts ist das neue Schema ausführlich dargestellt. Dort wird auch erläutert, wie die einzelnen Bewertungen im Sinne der Datenvalidierung und unter Berücksichtigung der vorhandenen Schwachstellen eingestuft wurden (vgl. Abschnitt 2.1.2).

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

2. Methodik

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

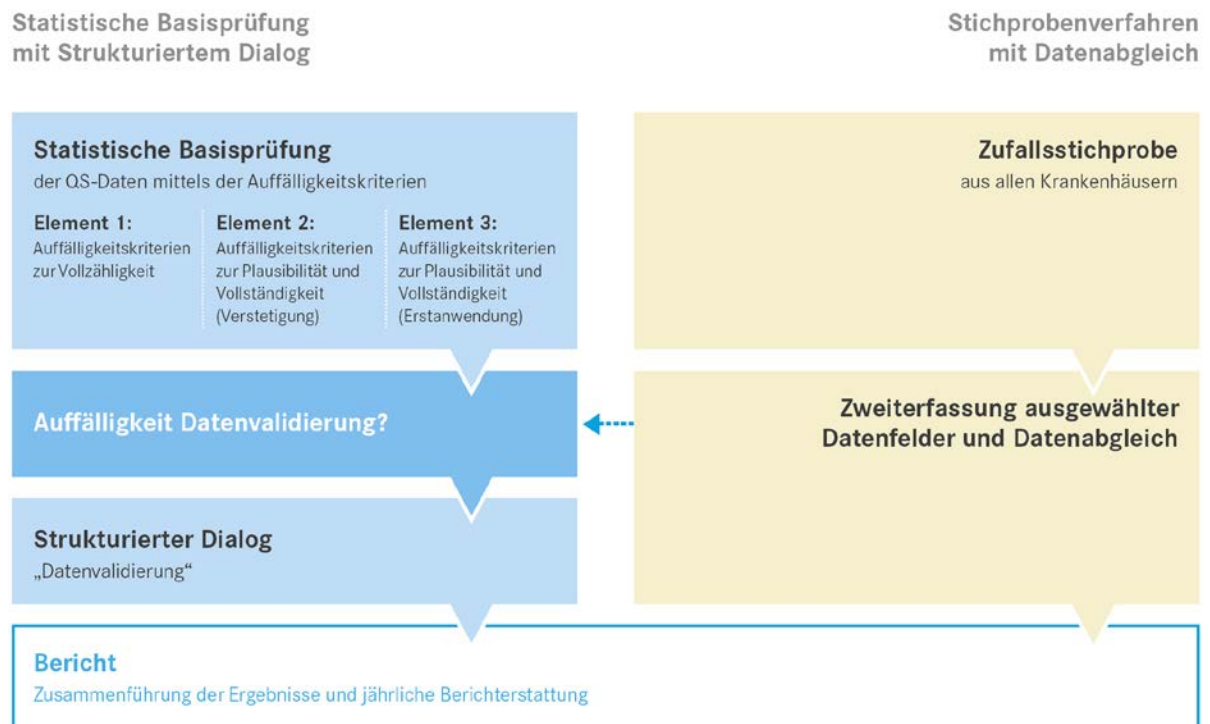


Abbildung 4: Verfahren der Datenvalidierung

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog zielt darauf ab, fehlerhafte, unvollständige und unvollständige Dokumentationen in den QS-Daten zu identifizieren und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität zu initiieren. Dazu erfolgt eine statistische Analyse nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien (AK). Nach diesen wird die Plausibilität, die Vollständigkeit und die Vollzähligkeit der Daten geprüft. Werden Auffälligkeitskriterien erstmalig angewendet, wird anschließend analysiert, ob sie für eine kontinuierliche Anwendung in den Folgejahren (sogenannte Verstetigung) geeignet sind.

Auf Grundlage dieser Merkmale erfolgt eine Einteilung der Auffälligkeitskriterien in drei Elemente:

- Element 1 – Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit:** Seit dem Erfassungsjahr 2011 werden in allen Leistungsbereichen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit angewendet. Die Datenbasis hierfür bilden alle Datensätze, die ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich geliefert hat (Ist-Bestand), und die Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand). Auf Grundlage eines Soll-Ist-Abgleichs werden pro Leistungsbereich jeweils ein Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Anteil Ist/Soll < 95 % pro Leistungsbereich) und ein Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Anteil Ist/Soll > 110 % pro Leistungsbereich) angewendet. Zusätzlich wird – seit dem Erfassungsjahr 2011 – in allen Leistungsbereichen ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (AK MDS) eingesetzt; ausgenommen hiervon sind der Leistungsbereich *Neonatalogie* sowie die orthopädischen, unfallchirurgischen und transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche. Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden Follow-ups erhoben werden, wurden für diese Leistungsbereiche weitere Auffälligkeitskriterien eingeführt, welche die Dokumentationsrate sowie die Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus untersuchen.

- **Element 2 – Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung):** Seit dem Erfassungsjahr 2010 kommen ausgewählte Auffälligkeitskriterien, die sich im Jahr ihrer Erstanwendung bewährt haben, im Rahmen der Statistischen Basisprüfung kontinuierlich auch in den Folgejahren zur Anwendung. So lassen sich rechnerische Auffälligkeiten, die auf eine fehlerhafte Dokumentation hinweisen, über das Jahr der Erstanwendung hinaus weiterverfolgen.
- **Element 3 – Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Erstanwendung):** Neben den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit und den verstetigten Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der Vorjahre wird jedes Jahr auch ein umfassendes Set neuer Auffälligkeitskriterien entwickelt, das in ausgewählten Leistungsbereichen erstmals angewendet wird.

2.1.1. Durchführung

Auffälligkeitskriterien werden ratenbasiert (Zähler/Nenner) dargestellt und weisen einen Referenzbereich auf. Krankenhäuser, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, gelten als rechnerisch auffällig in Bezug auf die Dokumentationsqualität. Bei diesen Krankenhäusern wird eine fehlerhafte Dokumentation in den betrachteten Datenfeldern vermutet. Sobald ein Krankenhaus rechnerisch auffällig ist, wird ein Strukturierter Dialog zur Datenvalidität eingeleitet. Dazu bestehen die folgenden Möglichkeiten:

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

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

2.1.2. Bewertung

Für die Ergebnisberichterstattung des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ist es erforderlich, dass die Antworten der Krankenhäuser von den LQS bzw. dem AQUA-Institut bewertet werden. Die Systematik zur Bewertung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien wurde in gemeinsamer Abstimmung zwischen der Landesebene und dem AQUA-Institut überarbeitet. Das neue Bewertungsschema wurde erstmals auf die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2012 angewendet.

Die Einstufung eines Ergebnisses wird mit Buchstaben bezeichnet. Eine Ziffer dient der Zuordnung zu Unterkategorien mit einer konkreten Begründung für die gewählte Einstufung. Die nachstehende Tabelle zeigt die neu eingeführten bzw. überarbeiteten Bewertungskategorien mit ihren dazugehörigen Begründungstexten. Die Ka-

tegorien „N“ und „R“ inkl. Begründungstexte sind lediglich für den Strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser von Bedeutung. Da sie für den Strukturierten Dialog nicht relevant sind, wird in diesem Bericht nicht weiter auf sie eingegangen. Die Begründungsziffern „U 30“ und „A 40“ (grau hinterlegt) dienen ausschließlich für die Bewertung der Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Datenvalidierung. Im Strukturierten Dialog für die Bewertung der Qualitätsindikatoren kommen diese nicht zur Anwendung.

Tabelle 6: Einstufungskategorien zum Erfassungsjahr 2012

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Bei der Erarbeitung des neuen Bewertungsschemas stand die Einstufung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Fokus. Die Anwendung auf die Ergebnisse bei den Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung, insbesondere auf die Kriterien zur Überprüfung der Vollzähligkeit, ist nur bedingt möglich. Nicht alle Einstufungsmöglichkeiten, die für die Qualitätsindikatoren angewendet werden, können auch für die Auffälligkeitskriterien angewendet werden.

Im ersten Anwendungsjahr zeigten sich erwartungsgemäß noch gewisse Schwächen in der Anwendung des neuen Bewertungsschemas. Im Rahmen einer ersten Analyse der vorgenommenen Bewertungen wurde deutlich, dass für ähnliche Sachverhalte unterschiedliche Bewertungen vergeben wurden. Weitere Analysen und die gemeinsame Evaluation des Bewertungsschemas durch die LQS und das AQUA-Institut wurden bereits initiiert.

Für die Auswertung der Ergebnisse in diesem Bericht wurden die einzelnen Bewertungsmöglichkeiten den beiden Kategorien „Korrekte Dokumentation bestätigt“ und „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ zugeordnet (vgl. Tabelle 7). Außerdem gibt es noch die Kategorie „Keine erklärenden Gründe genannt“, der alle Fälle zugeordnet werden, die die Einstufung A42 erhalten haben. In der Kategorie „Sonstiges“ werden alle Fälle gezählt, die die Einstufung S90, S91 oder S99 erhalten haben.

Tabelle 7: Bewertung der Ergebnisse

Korrekte Dokumentation bestätigt			
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt			
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Neben der eigentlichen Bewertung wurden zusätzlich auch die Kommentare zu den Bewertungen der Auffälligkeitskriterien analysiert und berücksichtigt. Es gibt Fälle, in denen die Bewertung A40 nicht vergeben wurde, bei denen aber auf der Basis des Kommentares eindeutig ist, dass Dokumentationsfehler aufgetreten sind. Unter anderem wurde mit U99 oder S99 bewertet, wenn nicht bei allen überprüften Fällen Dokumentationsfehler aufgetreten sind, sondern nur bei einem Teil. Für die Auswertung der Ergebnisse der Datenvalidierung wurde in diesen Fällen von der in Tabelle 7 beschriebenen Zuordnung wie folgt abgewichen: Wenn aus dem Kommentar eindeutig hervorging, dass in einem Krankenhaus Dokumentationsfehler aufgetreten sind – wenn auch nur in einzelnen Fällen – wurde dieses Krankenhaus ebenfalls in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. Ist ein derartiger Fall aufgetreten, ist dies an der entsprechenden Stelle im Bericht auch aufge-

führt. Im Anhang zu diesem Bericht sind alle Bewertungen einzeln dargestellt, so wie sie von den LQS bzw. dem AQUA-Institut vergeben wurden.

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

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

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

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

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

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

Eine erste Kennzahl, die sich zur Bewertung der Datenvalidität anbietet und die unabhängig von der Anzahl an Antwortkategorien eines Datenfelds berechnet werden kann, ist die Übereinstimmungsrate zwischen den Angaben in der Patientenakte und denen der QS-Dokumentation. Je höher die Übereinstimmungsrate ist, desto besser ist die Datenvalidität. Bezogen auf die Aussagekraft der QS-Daten wird die in Tabelle 8 dargelegte Kategorisierung bzw. Bewertung der Datenvalidität angewendet:

Tabelle 8: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität

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

Ein wesentlicher Nachteil der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität besteht in der Abhängigkeit von der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Ereignisses (Prävalenz). Das heißt, je häufiger ein bestimmtes Ereignis auftritt, desto wahrscheinlicher ist es, dass es in der QS-Dokumentation zufällig korrekt dokumentiert ist. Aussagekräftigere Bewertungen hinsichtlich der Datenvalidität lassen sich durch die Verwendung der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität erzielen. Für diese Kennzahlen wurde die in Tabelle 9 dargestellte Kategorisierung zur Bewertung der Datenvalidität gewählt:

Tabelle 9: Kategorisierung der Sensitivität und der Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität

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

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

3. Umfassende Datenvalidierung

3.1 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)

3.1.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

- AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
- AK-ID 850314: Häufig ICD-System „sonstiges“
- AK-ID 850315: Häufig Angabe von LVEF „nicht bekannt“
- AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4
- AK-ID 850317: Häufige Angabe von ASA 5

Die Anwendung der Auffälligkeitskriterien auf den Bundesdatenpool 2012 erfolgte durch das AQUA-Institut. Die rechnerisch auffälligen Krankenhäuser und deren Ergebnisse wurden den LQS anschließend pseudonymisiert übermittelt. Zudem wurden die bundesweit geltenden Rechenregeln vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellt, sodass die LQS die Auffälligkeiten alternativ auch durch die Anwendung auf ihren Landesdatenpool selbst ermitteln konnten.

In Tabelle 10 sind für jedes Auffälligkeitskriterium die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser, die durch die Landesgeschäftsstellen eingeleiteten Maßnahmen des Strukturierten Dialogs und die abschließenden Bewertungen dargestellt. Eine detaillierte Darstellung auf Ebene der einzelnen Landesgeschäftsstellen ist im Anhang zu finden.

Tabelle 10: 09/4 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

	850313	850314	850315	850316	850317
Referenzbereiche	≤ 11,7% (95. Perzentil)	≤ 2,1% (95. Perzentil)	≤ 5,3% (95. Perzentil)	≤ 19,3% (95. Perzentil)	≤ 0
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	339	295	313	406	684
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	33	18	29	44	8
Maßnahmen					
Hinweise	14	9	5	6	0
Stellungnahmen	19	9	24	38	8
Ergebnisse					
Korrekte Dokumentation	6	7	6	19	1
Fehlerhafte Dokumentation	13	1	18	19	5
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	0	1	0	0	2
Sonstiges	0	0	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 10:

- AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
- AK-ID 850314: Häufig ICD-System „sonstiges“
- AK-ID 850315: Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“
- AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4
- AK-ID 850317: Häufige Angabe von ASA 5

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

In Bezug auf dieses Auffälligkeitskriterium wurden 33 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 14 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In den übrigen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 6 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 68,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850314: Häufig ICD-System „sonstiges“

Insgesamt 18 Krankenhäuser wurden bei diesem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig. In der Hälfte der Fälle wurde eine Stellungnahme angefordert, in den übrigen 9 Fällen erhielt das betreffende Krankenhaus einen Hinweis.

In einem Krankenhaus wurden Dokumentationsfehler festgestellt. In 7 Krankenhäusern wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Die von den Einrichtungen beschriebenen Konstellationen und ihre Dokumentation waren nachvollziehbar. Die angewandten Systeme konnten im QS-Bogen nicht adäquat dargestellt werden. Ein Krankenhaus lieferte allerdings keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 11,1 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 29 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt von denen 5 auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen wurden. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 6 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen lagen Dokumentationsfehler vor. Die Angaben zur LVEF lagen häufig vor, sind aber nicht in die QS-Erfassung übernommen worden. Die Krankenhäuser wurden darauf hingewiesen, dass bei einigen Indikationen zur ICD-Implantation sowie bei der Systemwahl die Angabe der LVEF zwingend erforderlich ist, da eine fehlende Angabe zur Einstufung „nicht leitlinienkonform“ führt.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 75,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 44 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 6 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 19 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den übrigen lagen Dokumentationsfehler vor. Teilweise sahen Einrichtungen im Nachhinein die mit ASA 4 eingeschätzte ständige vitale Bedrohung von einzelnen Patienten als nicht gegeben an. Ein Krankenhaus gab an, dass Klinikintern bei einer Auswurffraktion des linken Ventrikels unter 35 % stets eine Einstufung in eine hohe ASA-Stufe erfolge. Die Krankenhäuser wurden noch einmal darauf aufmerksam gemacht, dass eine den Empfehlungen entsprechende Dokumentation der ASA-Werte für eine korrekte Risikoadjustierung wichtig ist.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 50,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850317: Häufige Angabe von ASA 5

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 8 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In allen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 5 weiteren lagen Dokumentationsfehler vor. Eine auffällige Einrichtung machte darauf aufmerksam, dass es schwierig sei, Patienten, die unter Reanimationsbedingungen in das Krankenhaus eingeliefert und nach initialer Stabilisierung einer sekundärprophylaktischen AICD-Implantation zugeführt wurden, nach primärer Rekonvaleszenz des Akutereignisses richtig in eine solche Klassifikation einzustufen. 2 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 62,5 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstärkung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

3.1.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Die Auswahl der Datenfelder, für die im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* eine Zweiterfassung durchgeführt werden sollte, erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung und den Bundesfachgruppenbetreuern. Insgesamt wurden 36 der 97 Datenfelder ausgewählt, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren relevant sind. Die Ziehung der Zufallsstichprobe der zu untersuchenden Krankenhäuser und Patientenakten für das Erfassungsjahr 2012 erfolgte ebenfalls durch das AQUA-Institut. Dazu wurden unter Anwendung einer geschichteten Klumpenstichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhäuser, die zu diesem Leistungsbereich QS-Daten für das Erfassungsjahr 2012 geliefert haben, zufällig ausgesucht. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben.

Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 40 Krankenhäuser ausgewählt, für die bundesweit 656 Fallakten durch die Mitarbeiter der LQS überprüft werden sollten. Tabelle 11 stellt die Anzahl der berechneten Krankenhäuser und Fallakten und der nach Abschluss des Stichprobenverfahrens von den LQS an das AQUA-Institut übermittelten gegenüber.

Tabelle 11: 09/4 – Umfang der Stichprobenprüfung

Bundesland	berechnete Anzahl Krankenhäuser	Anzahl überprüfte Krankenhäuser	berechnete Anzahl Fallakten	Anzahl überprüfte Fallakten
Baden-Württemberg	4	4	80	80
Bayern	6	4	96	40
Berlin	1	1	20	20
Brandenburg	2	2	40	40
Bremen	1	1	3	3
Hamburg	1	1	20	20
Hessen	3	3	54	52
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	5	5
Niedersachsen	3	3	60	60
Nordrhein-Westfalen	8	8	116	116
Rheinland-Pfalz	2	1	21	19
Saarland	1	1	20	20
Sachsen-Anhalt	2	2	24	24
Sachsen	2	2	37	37
Schleswig-Holstein	1	1	20	20
Thüringen	2	2	40	40
Gesamt	40	37	656	596

Insgesamt wurden die Daten von 596 Fällen aus 37 Krankenhäusern nach Abschluss des Stichprobenverfahrens an das AQUA-Institut gesandt. In Rheinland-Pfalz wurde ein Krankenhaus, in dem nur 2 Fallakten überprüft werden sollten, von der zuständigen LQS nicht besucht. In diesem Fall wurde das Aufwand-Nutzen-Verhältnis

als nicht ausreichend eingeschätzt. Das Fehlen von 2 Fällen im Bundesland Hessen wurde von der zuständigen LQS damit begründet, dass ein Fall aus Zeitgründen vor Ort nicht mehr geprüft werden konnte. Zu diesem Fall fehlten bei der Prüfung noch wichtige Unterlagen, welche aufgrund des Fehlens eines Arztes nicht mehr rechtzeitig besorgt werden konnten. Der andere Fall stellte sich im Rahmen der Prüfung als ambulanter Fall heraus. Der Rückgriff auf einen vorhandenen Reservefall war nicht möglich, da die Unterlagen zu diesem ebenfalls nicht zeitnah beschafft werden konnten. Die Geschäftsstelle der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) begründete das Fehlen von 56 Fällen mit einem unzureichenden Verhältnis von Nutzen und Aufwand. 2 der 6 gezogenen Krankenhäuser mit niedrigen Fallzahlen wurden dementsprechend nicht besucht. Die übrigen fehlenden Fälle wurden mit der langen Zeitdauer und Inanspruchnahme ober- und chefärztlichen Sachverständs, welche das Stichprobenverfahren vor Ort in Anspruch nimmt, begründet. Nach Aussage der BAQ führte dies dazu, dass ein Abgleich aller gezogenen Fälle an einem Tag nicht realisierbar war. In diesem Fall wurde das Stichprobenverfahren vor Ort nicht komplettiert, wenn für die Mitarbeiter der BAQ eindeutig ersichtlich war, dass die Prüfung aller Fälle zu keinem weiteren Erkenntnisgewinn führen würde und die Dokumentationsqualität anhand der bereits bearbeiteten Krankenakten hinreichend beurteilt werden konnte.

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Für die Bewertung der Datenvalidität wurden die Daten für alle Fälle, für die eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder erfolgt ist, zusammengeführt und analysiert. Hierbei wurde die Datenvalidität anhand eines definierten Bewertungsschemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist, beurteilt. In Tabelle 12 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt.

Die einzelnen perioperativen Komplikationen (Datenfelder 75-80, 86) wurden im Rahmen der Auswertung zusammengefasst. Des Weiteren wurden die Datenfelder bezüglich des Ortes der Sondendislokation (Datenfelder 81-85) und des Ortes der Sondendysfunktion (Datenfelder 87-91) für die Auswertung gruppiert.

Tabelle 12: 09/4 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung¹

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld	Datenvalidität
10	linksventrikuläre Ejektionsfraktion	verbesserungsbedürftig
13	Nierenfunktion	gut
15	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis	hervorragend
16	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)	gut
18	KHK	gut
19	Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD	hervorragend
20	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 Stunden nach Infarktbeginn	verbesserungsbedürftig
21	Herzerkrankung	gut
29	Kammertachykardie induzierbar	hervorragend
36	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit	verbesserungsbedürftig
37	voraussichtliche ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit	gut
38	Vorhofrhythmus	gut
39	AV-Block	gut
40	intraventrikuläre Leitungsstörungen	gut
50	System	hervorragend

¹ Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2012.

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld	Datenvalidität
61	R-Amplitude	verbesserungsbedürftig
62	nicht gemessen	hervorragend
74	perioperative Komplikation(en)	verbesserungsbedürftig
75 - 80, 86	Komplikation(en) gesamt	hervorragend
81 - 85	Ort der Sondendislokation	hervorragend
87 - 91	Ort der Sondendysfunktion	hervorragend
96	Entlassungsgrund = Tod	verbesserungsbedürftig

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

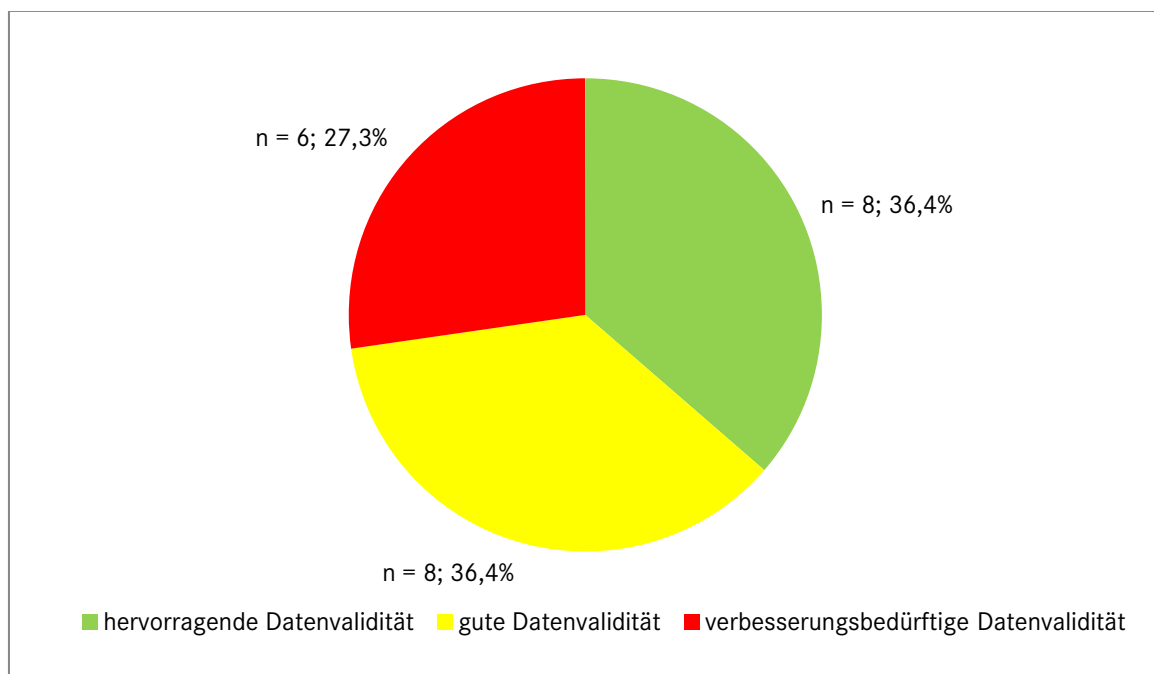


Abbildung 5: 09/4 - Bewertung der Datenfelder - Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

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

Datenfeld 10 „linksventrikuläre Ejektionsfraktion“

Die Abweichungen bei diesem Datenfeld sind vorwiegend darauf zurückzuführen, dass je nach Verfahren und Zeitpunkt die Werte schwanken können. Zur künftigen Vermeidung von Abweichungen gab es seitens der LQS sowohl Hinweise an die Bundesebene als auch an die Krankenhäuser. So wurde von einer LQS empfohlen, statt der Angabe eines Fixwertes auf die Angabe einer Range zurückzugreifen. Eine weitere LQS empfahl den Krankenhäusern, in Anlehnung an den Artikel „Manual zur Indikation und Durchführung der Echokardiographie“ (vor einer Defibrillator-Implantation immer eine Messung der linksventrikulären Ejektionsfraktion durchzuführen und sich nicht auf eine visuelle Abschätzung zu verlassen, sofern die systolische linksventrikuläre Funktion einge-

schränkt wirkt. Zudem wurde empfohlen, auf die Antwortmöglichkeit „1 = ja“ zu Datenfeld 11 (LVEF nicht bekannt) nach Möglichkeit zu verzichten.

Datenfeld 20 „Indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 Stunden nach Infarktbeginn“

Die Datenvalidität dieses Feldes wurde aufgrund der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität abschließend mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet. Die Sensitivität nimmt im Rahmen der Auswertung im Hinblick auf die Übereinstimmungsrate einen Wert von 66,7% (6/9) an. Da die Abweichungen aus Einzelfällen in verschiedenen visitierten Krankenhäusern resultieren, kann bei diesem Datenfeld kein systematisches Dokumentationsproblem erkannt werden.

Datenfeld 36 „voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit“

Die Abweichungen bei diesem Datenfeld ergeben sich vorwiegend daraus, dass in einigen Krankenhäusern keine Angaben zur voraussichtlichen atrialen Stimulationsbedürftigkeit aus der Akte zu entnehmen waren, obwohl dieses Feld im QS-Bogen erfasst wurde. Diesbezüglich erklärten die Ärzte der Krankenhäuser übereinstimmend, dass es sich hier um eine rein klinische Einschätzung handele, die nicht messtechnisch erfasst werden könne. Zudem wurde bezüglich dieses Datenfeldes darauf hingewiesen, dass die Einteilung in die Stufen „keine“/„selten“/„häufig“ als nicht immer eindeutig definierbar beurteilt wurde. Aufgrund dieser Probleme bei der Dokumentation wird das Datenfeld ab dem Erfassungsjahr 2015 nicht weiter in der derzeitigen Form erhoben werden.

Datenfeld 61 „R-Amplitude“

Die Dokumentationsprobleme bei diesem Datenfeld sind im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass bei der QS-Dokumentation auf unterschiedliche Referenzdokumente abgestellt wurde. Um dies zukünftig zu vermeiden, wurden bereits zwischen einigen LQS und den entsprechenden Krankenhäusern Absprachen darüber getroffen, aus welchem Referenzdokument zu welchem Zeitpunkt der Wert der R-Amplitude zu dokumentieren ist. Die Empfehlung zur Dokumentation der R-Amplitude wird in der Bundesfachgruppe diskutiert werden, um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen.

Datenfeld 74 „perioperative Komplikation(en)“

Bei diesem Datenfeld waren die Dokumentationsprobleme häufig durch Unklarheiten bezüglich des Begriffes „perioperativ“ begründet. Eine LQS hat die Krankenhäuser darauf hingewiesen, dass bei diesem Datenfeld fälschlicherweise nur intraoperative Komplikationen anstelle aller perioperativen Komplikationen dokumentiert wurden.

Datenfeld 96 „Entlassungsgrund = Tod“

Die Datenvalidität dieses Feldes wurde aufgrund der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität abschließend mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet. Die Sensitivität nimmt im Rahmen der Auswertung im Hinblick auf die Übereinstimmungsrate einen Wert von 50,0% (1/2) an. Da die Abweichung durch einen Einzelfall bedingt ist, kann bei diesem Datenfeld kein systematisches Dokumentationsproblem erkannt werden.

3.1.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität

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

Das Datenfeld „linksventrikuläre Ejektionsfraktion“ (LVEF) wird zur Berechnung der Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation (QI 50004) und zur leitlinienkonformen Systemwahl (QI 50005) herangezogen. Außerdem wird es für die Risikoadjustierung der „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI 50020 resp. 51186) genutzt. Die LVEF ist für die Beurteilung der Indikation zur ICD-Therapie und zur Auswahl des ICD-Systems (konventioneller ICD vs. CRT-D) von entscheidender Bedeutung.

Ein weiteres Datenfeld, welches zur Berechnung des QI 50004: „Leitlinienkonforme Indikation“ genutzt wird, ist das Feld „Indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 Stunden nach Infarktbeginn“. Das Ergebnis des Stichprobenverfahrens für dieses Feld wurde als „verbesserungsbedürftig“ gewertet. Da keine

systematische Tendenz der Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakten feststellbar war, ist nicht klar erkennbar, wie eine bessere Dokumentationsqualität erreicht werden kann. Eine Möglichkeit bieten entsprechende Ausfüllhinweise.

Auch bei dem Datenfeld „voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit“ wurden vermehrt Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte festgestellt. Dieses Feld wird für die Berechnung des QI 50005: „Leitlinienkonformen Systemwahl“ genutzt. Vom Eintrag in diesem Feld hängt ab, ob ein Ein- oder Zweikammer-ICD-System als leitlinienkonform zu werten ist. Da das Datenfeld ab 2015 in der vorliegenden Form nicht mehr verwendet wird, muss der Qualitätsindikator zur Systemwahl entsprechend angepasst werden.

Ein weiteres Datenfeld mit verbesserungsbedürftigen Ergebnissen war das Feld „R-Amplitude“. Der derzeitige Qualitätsindikator „Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden“ (QI 50016) ist gegenüber den im Stichprobenverfahren festgestellten Abweichungen robust, da für den Indikator lediglich ausgezählt wird, ob die R-Amplitude bestimmt wurde. Im Hinblick auf eine künftige Modifikation des QI, die ggf. vorsieht, zu prüfen, ob akzeptable oder optimale Amplitudenwerte erreicht wurden, ist jedoch eine Reduktion der Abweichungen unabdingbar. Daher sollte versucht werden, über Ausfüllhinweise eine einheitliche und zuverlässigere Dokumentation zu erreichen.

Bei dem Datenfeld „perioperative Komplikation(en)“ wurde festgestellt, dass häufig aus der Patientenakte ersichtliche Komplikationen nicht in die QS-Dokumentation übertragen wurden. Dieses Datenfeld hat eine Filterfunktion: Wenn hier das Auftreten von Komplikationen dokumentiert wird, sind weitere, detaillierte Angaben zu diesen Komplikationen erforderlich. Durch einen Negativeintrag im übergeordneten Filterfeld kann die Dokumentation perioperativer Komplikationen komplett vermieden werden. Dadurch werden die Ergebnisse der Indikatoren zu den perioperativen Komplikationen beeinflusst.

3.2 Geburtshilfe (16/1)

3.2.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

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

Die Anwendung der Auffälligkeitskriterien auf den Bundesdatenpool 2012 erfolgte durch das AQUA-Institut. Die rechnerisch auffälligen Krankenhäuser mitsamt den Ergebnissen wurden den LQS anschließend pseudonymisiert übermittelt. Zudem wurden die bundesweit geltenden Rechenregeln vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellt, sodass die LQS die Auffälligkeiten alternativ auch durch die Anwendung auf ihren Landesdatenpool selbst ermitteln konnten.

In Tabelle 13 sind für jedes Auffälligkeitskriterium die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser, die durch die Landesgeschäftsstellen eingeleiteten Maßnahmen des Strukturierten Dialogs und die abschließenden Be-

wertungen dargestellt. Eine detaillierte Darstellung auf Ebene der einzelnen Landesgeschäftsstellen ist im Anhang zu finden.

Tabelle 13: 16/1 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

	AK-ID 850318	AK-ID 850319	AK-ID 850320
Referenzbereiche	≤ 0	≤ 0	> 0,0%
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	739	780	417
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	30	41	18
Maßnahmen			
Keine Maßnahme	0	1	0
Hinweise	5	7	6
Stellungnahmen	25	33	12
Ergebnisse			
Korrekte Dokumentation	7	12	4
Fehlerhafte Dokumentation	17	18	7
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	1	0	1
Sonstiges	0	3	0

Anmerkungen zu Tabelle 13:

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

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 30 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Bei 5 Häusern ergab sich die rechnerische Auffälligkeit durch Einzelfälle, sodass kein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 7 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus hat keine aussagekräftige Erklärung gegeben und gab eine korrigierte Zeit von 4 Minuten an. Der zuständige Fachausschuss auf Landesebene hat dies als auffällig (A42) bewertet, da auch diese Zeit trotz Anwesenheit eines Anästhesisten als nicht realistisch eingeschätzt wurde. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 68,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 41 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In einem Fall wurde kein Strukturierter Dialog geführt, da die Abteilung zwischenzeitlich geschlossen war. Bei 7 Häusern wurden Hinweise zur internen Aufarbeitung übermittelt. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 12 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 18 weiteren Krankenhäusern wurden bei den rechnerisch auffälligen Fällen auch Dokumentationsfehler festgestellt. Bei einer angefragten Einrichtung ergab sich bei einer von 2 auffälligen Geburten ein Erfassungsfehler, da die Angabe aus der Patientenakte nicht korrekt in die QS-Dokumentation übertragen wurde. In 2 Fällen lag ein pH-Wert vor, der nicht dokumentiert worden war. 3 Krankenhäuser wurden der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet. Dabei handelte es sich in 2 Fällen um eine Geburt vor Krankenhausaufnahme. Seitens der zuständigen Landesgeschäftsstelle wird vorgeschlagen, derartige Fälle aus der Grundgesamtheit auszuschließen.

Bei 4 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben, bei einem die Bewertung S99. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 54,5 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 18 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen im Nenner (≤ 15) erhielten Hinweise zur internen Aufarbeitung. In allen übrigen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 4 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus lieferte keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. Bei den anderen Häusern lagen jeweils in Einzelfällen Dokumentationsfehler vor. Durch die Kontaktaufnahme im Rahmen des Strukturierter Dialoges konnten in den betroffenen Krankenhäusern vor Ort Dokumentationsprozesse aktiv auf Schwachstellen analysiert werden. Die Dokumentierenden wurden nochmals auf die verbindlichen Ausfüllhinweise zum Datensatz hingewiesen, um die Datenvalidität zukünftig zu verbessern. Bei einem Krankenhaus lagen technische Probleme vor, die aber bereits unterjährig erkannt und zu denen entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet wurden.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 58,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

3.2.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Die Auswahl der Datenfelder, für die im Leistungsbereich *Geburtshilfe* eine Zweiterfassung durchgeführt werden sollte, erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung. Insgesamt wurden 24 der 190 Datenfelder ausgewählt, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren relevant sind. Die Ziehung der Zufallsstichprobe der zu untersuchenden Krankenhäuser und Patientenakten für das Erfassungsjahr 2012 erfolgte durch das AQUA-Institut. Dazu wurden pro Bundesland 5 % der Krankenhäuser, die zu diesem Leistungsbereich QS-Daten für das Erfassungsjahr 2012 geliefert haben, zufällig ausgewählt. In den betreffenden Krankenhäusern wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben.

Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 53 Krankenhäuser ermittelt, für die bundesweit 1.042 Fallakten von den Mitarbeitern der LQS überprüft werden sollten. Tabelle 14 stellt die Anzahl der berechneten Kran-

kenhäuser und Fallakten dar, welche vom AQUA-Institut an die LQS versandt wurden. Des Weiteren ist auch die Anzahl der nach Abschluss des Stichprobenverfahrens tatsächlich geprüften Krankenhäuser und Fallakten einsehbar.

Tabelle 14: 16/1 – Umfang der Stichprobenprüfung

Bundesland	berechnete Anzahl Krankenhäusern	Anzahl überprüfte Krankenhäuser	berechnete Anzahl Fallakten	Anzahl überprüfte Fallakten
Baden-Württemberg	5	5	100	100
Bayern	6	6	120	120
Berlin	2	2	40	40
Brandenburg	2	2	40	40
Bremen	2	2	40	40
Hamburg	2	2	40	40
Hessen	3	3	60	60
Mecklenburg-Vorpommern	2	2	40	40
Niedersachsen	5	5	100	100
Nordrhein-Westfalen	10	10	182	182
Rheinland-Pfalz	3	3	60	60
Saarland	2	2	40	38
Sachsen-Anhalt	2	2	40	40
Sachsen	3	3	60	60
Schleswig-Holstein	2	2	40	40
Thüringen	2	2	40	40
Gesamt	53	53	1.042	1.040

Insgesamt wurden die Daten von 1.040 Fällen aus 53 Krankenhäusern nach Abschluss des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich an das AQUA-Institut übermittelt. Der LQS des Bundeslandes Saarland war es in den 2 fehlenden Fällen, aufgrund mangelnder Kooperationsbereitschaft des zuständigen Arztes in dem betreffenden Krankenhaus, nicht möglich, die entsprechenden Akten einzusehen.

Darüber hinaus musste ein Fall aus den nachfolgenden Auswertungen ausgeschlossen werden, da vom AQUA-Institut die QS-Daten zu einem Kind einer Mehrlingsschwangerschaft bereitgestellt wurden, in der Zweiterfassung jedoch die Daten des anderen Kindes erfasst wurden. Somit basieren die Auswertungen auf den Daten von insgesamt 1.039 Fällen.

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Die Bewertung der Datenvalidität erfolgte anhand eines definierten Schemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist. In Tabelle 15 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt. Im Anhang zu diesem Bericht sind die detaillierten Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder aufgeführt.

Der Leistungsbereich *Geburtshilfe* wurde erstmalig zum Erfassungsjahr 2005 einer umfassenden Datenvalidierung unterzogen. Dabei wurden insgesamt 883 Patientenakten in 45 Krankenhäusern abgeglichen. Da dabei andere Datenfelder Bestandteil des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich waren als für das Erfassungsjahr 2012, ist ein Vergleich der Ergebnisse beider Erfassungsjahre nicht möglich.

Tabelle 15: 16/1 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld	Datenvalidität
10	Anzahl Mehrlinge	hervorragend
32	Schwangerschafts-Risiken	verbesserungsbedürftig
33	Schwangerschafts-Risiko (Terminunklarheit)	verbesserungsbedürftig
56	Berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	hervorragend
57	Tragzeit nach klinischem Befund	gut
64	Lungenreifebehandlung	hervorragend
82	Episiotomie	hervorragend
84	Dammriss	gut
108	Entlassungsgrund Mutter (Tod)	verbesserungsbedürftig
112	Blasensprung vor Wehenbeginn	hervorragend
113	Datum des vorzeitigen Blasensprungs	hervorragend
114	Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs	gut
115	Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt	verbesserungsbedürftig
116	Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung	gut
134	Entbindungsmodus	hervorragend
137	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	verbesserungsbedürftig
141	E-E-Zeit bei Notsektio	verbesserungsbedürftig
158	APGAR (nach 5 min)	hervorragend
160	Gewicht des Kindes	hervorragend
163	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	hervorragend
164	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	gut
165	pH-Wert Blutgasanalyse	hervorragend
176	Totgeburt	hervorragend
186	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	hervorragend

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

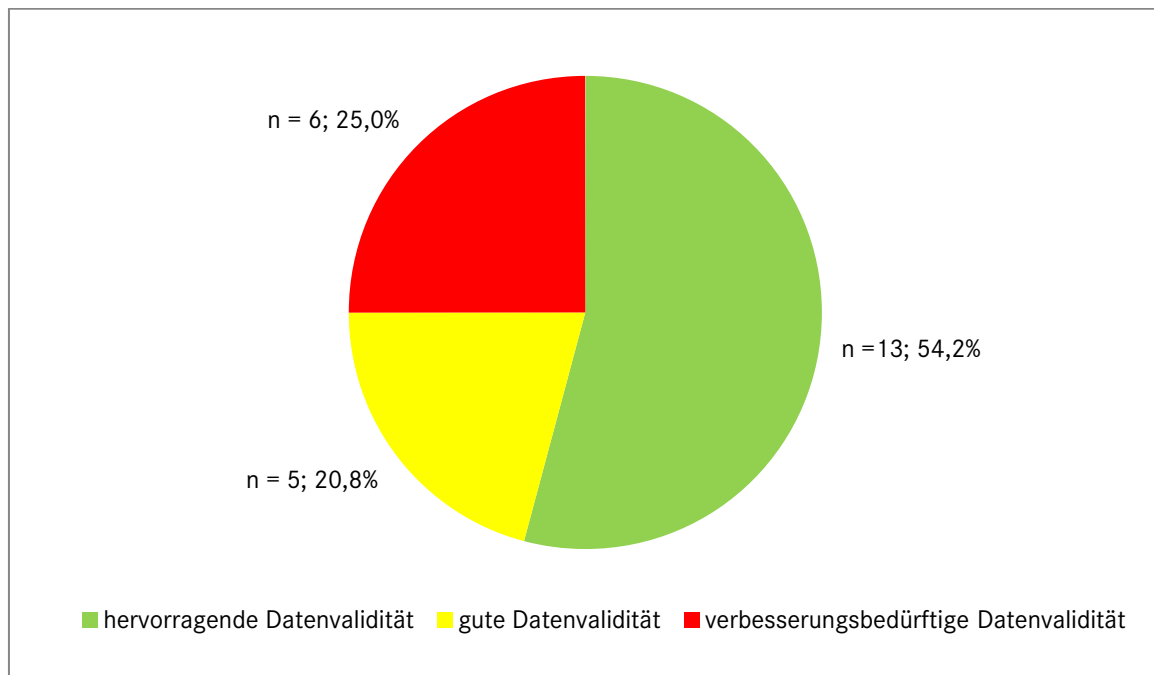


Abbildung 6: 16/1 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet.²

Datenfeld 32 „Schwangerschafts-Risiken“ und Datenfeld 33 „Schwangerschafts-Risiko (Terminunklarheit)“

Die Diskrepanzen bei Datenfeld 32 „Schwangerschafts-Risiken“ sind unter anderem dadurch zu erklären, dass bei der Ersterfassung der Zustand der Mutter nach einem vorausgegangenen Abort als Schwangerschaftsrisiko dokumentiert wurde. Dies wurde jedoch in der Zweiterfassung als nicht korrekt bewertet. Um dies zukünftig zu vermeiden, wurden bereits Schulungen der zuständigen Mitarbeiter organisiert. Darüber hinaus wurde den Krankenhäusern von einer LQS empfohlen, bei Schwangerschaftsrisiken die Informationen aus dem Mutterpass in die QS-Dokumentation zu übernehmen. Bei Datenfeld 33 „Schwangerschafts-Risiko“ wurden nicht alle möglichen Ausprägungen überprüft, sondern nur die „Terminunklarheit“.

Datenfeld 108 „Entlassungsgrund Mutter (Tod)“

Die Datenvalidität dieses Feldes wurde aufgrund der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität abschließend mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet. Die Sensitivität nimmt im Rahmen der Auswertung im Hinblick auf die Übereinstimmungsrate einen Wert von 0,0% (0/1) an. Begründet ist dies dadurch, dass der Patientenakte zu entnehmen war, dass die Mutter verstorben war, in der QS-Dokumentation wurde jedoch vermerkt, dass diese lebend entlassen wurde. Da es sich hierbei um eine essentielle Information handelt, sollte zukünftig vermehrt auf eine korrekte Dokumentation geachtet werden.

² Zu Datenfeld 137 „Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)“ und Datenfeld 141 „E-E-Zeit bei Notsektio“ waren in den Berichten gemäß §15 Abs. 3 QSKH-RL keine weiteren Informationen zu den aufgetretenen Dokumentationsproblemen enthalten. Deshalb entfällt die Darstellung der beiden Datenfelder an dieser Stelle.

Datenfeld 115 „Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt“

Die Abweichungen bei diesem Datenfeld sind überwiegend durch die beiden vorangehenden Datenfelder 113 „Datum des vorzeitigen Blasensprungs“ und 114 „Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs“ begründet. Erfolgt bei diesen beiden Feldern bereits eine Eingabe, so ist es nicht möglich, zusätzlich anzugeben, dass der Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt ist. Lassen sich also bereits bei den Datenfeldern „Datum des vorzeitigen Blasensprungs“ und „Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs“ Abweichungen zwischen den Angaben der QS-Dokumentation und denen der Patientenakte finden, so ergeben sich daraus zwangsläufig auch Abweichungen für das Datenfeld 115.

3.2.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität

Ein Datenfeld, bei dem es vermehrt zu Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte kam, ist Datenfeld 32 „Schwangerschafts-Risiken“. Eine Verschiebung der Abweichungen in eine bestimmte Richtung kann allerdings nicht erkannt werden. Welchen Einfluss dies auf die Berechnung von Qualitätsindikatoren hat, ist schwierig festzustellen, da dieses Datenfeld selbst nicht für deren Berechnung herangezogen wird. Relevant ist jedoch das dazugehörige abhängige Datenfeld 33 „Schwangerschafts-Risiko“. Im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich beschränkte man sich auf die Zweiterfassung der Angabe „Terminunklarheit“ ja/nein, da diese für die Ermittlung des Gestationsalters im Rahmen der QI-Berechnung verwendet wird. Dieses Datenfeld kann allerdings nur ausgefüllt werden, wenn bei einem Fall in Datenfeld 32 „Schwangerschafts-Risiken“ „ja“ kodiert wurde. Die Auswirkungen auf die Berechnung der betreffenden QI sind jedoch als gering einzuschätzen, da die Formel für die Berechnung des Gestationsalters so konzipiert ist, dass dieses, auch bei abweichenden Angaben bezüglich einer bestehenden Terminunklarheit, alternativ über andere Datenfelder des QS-Bogens berechnet werden kann.

Zwar ist die Datenvalidität bei Datenfeld 115 „Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt“ im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet worden. Da das Datenfeld jedoch nicht für die Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen wird, hat das Datenvalidierungsergebnis auch keinen Einfluss auf diese.

Datenfeld 137 „Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)“ wird für die Berechnung des QI 50045: „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ herangezogen. Hierbei ist jedoch nur relevant, ob eine perioperative Antibiotikaprophylaxe stattgefunden hat und nicht, ob eine prophylaktische Gabe erfolgt ist oder die antibiotische Therapie noch andauert. Auf Grundlage dieser Angabe wird der Zähler des QI berechnet. Anhand der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich ist ersichtlich, dass die Ausprägung „ja, prophylaktische Gabe/ja, laufende antibiotische Therapie“ in der QS-Dokumentation seltener dokumentiert wurde als in der Patientenakte. Für die Berechnung der QI bedeutet dies, dass die Anzahl im Zähler tatsächlich größer wäre als sie aktuell ist und Krankenhäuser gegebenenfalls seltener rechnerisch auffällig wären.

Darüber hinaus wurde Datenfeld 141 „E-E-Zeit bei Notsektio“ mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet. Die Angaben dieses Datenfeldes werden für die Berechnung des QI 1058: „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ genutzt. Für die Berechnung des Zählers des QI ist jedoch nicht der tatsächliche Wert relevant, sondern lediglich, ob die E-E-Zeit über 20 Minuten liegt. Wenn dem so ist, wird der entsprechende Fall in den Zähler des QI einbezogen. Den Ergebnissen des Stichprobenverfahrens ist zu entnehmen, dass die Angaben aus der QS-Dokumentation und denen der Patientenakte lediglich in einem Fall einmal über 20 Minuten (Patientenakte) und einmal unter 20 Minuten (QS-Dokumentation) liegen. Da die Angaben aus der Patientenakte als Goldstandard angesehen werden, würde dies für die Berechnung des QI bedeuten, dass die Anzahl im Zähler um einen Fall geringer wäre. Da laut dem Referenzbereich des Indikators jeder Fall, dessen E-E-Zeit über 20 Minuten liegt, zu einer rechnerischen Auffälligkeit des Krankenhauses führt, könnte dieser eine fehlende Fall im Zähler darüber entscheiden, ob das Krankenhaus rechnerisch auffällig wird oder nicht.

3.3 Herztransplantation (HTX)

3.3.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

Es wurde gleichzeitig empfohlen, die bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in ihrer bestehenden Form weiterzuführen, da sich diese im Strukturierten Dialog bewährt haben. Eine detailliertere Auswertung dieser Auffälligkeitskriterien erfolgt in Abschnitt 5.2.2.

3.3.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wurden insgesamt 14 Datenfelder auf dem Erfassungsbogen zur *Herztransplantation* ausgewählt. Da es sich bei diesem Leistungsbereich um ein direktes Verfahren handelt, sind dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich pro Leistungsbereich mindestens 5 % der Krankenhäuser in den ausgewählten Leistungsbereichen zu unterwerfen. Hierbei sind mindestens je Leistungsbereich 4 Krankenhäuser und mindestens 40 Fälle, bezogen auf die von allen Krankenhäusern in dem ausgewählten Leistungsbereich dokumentierten Fälle, in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhäuser wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, bis zu 20 Fälle pro Krankenhaus bestimmt, bei denen eine Herztransplantation stattgefunden hat. Für diese wurde – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder durch die Mitarbeiter des AQUA-Instituts durchgeführt.

Insgesamt wurde in 4 Krankenhäusern eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder anhand der Patientenakte durchgeführt. Dabei wurden in einem Krankenhaus 20 Patientenakten geprüft. Da in den anderen 3 Krankenhäusern im Erfassungsjahr 2012 insgesamt nur 5 bzw. 10 Herztransplantationen durchgeführt wurden, konnten hier auch nur diese Fälle in die Zweiterfassung einbezogen werden. Der Einbezug von Reservefällen war nicht erforderlich (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: HTX – Umfang der Stichprobenprüfung

Erfassungsjahr	berechnete Anzahl Krankenhäusern	Anzahl überprüfte Krankenhäuser	berechnete Anzahl Fallakten	Anzahl überprüfte Fallakten
2012	4	4	40	40

Für die Bewertung der Datenvalidität wurden die Daten der Fälle, für die eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder erfolgt war, zusammengeführt und analysiert. Hierbei wurde die Datenvalidität anhand eines definierten Bewertungsschemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist, beurteilt. In Tabelle 17 sind die Ergebnisse der Bewertung dargestellt.

Tabelle 17: HTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung ³

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld	Datenvalidität
15	Dringlichkeit	hervorragend
26	aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung	hervorragend
28	Lungengefäßwiderstand Wert	verbesserungsbedürftig
44	Spenderalter	hervorragend

³ Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2012.

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld	Datenvalidität
45	Geschlecht	hervorragend
51	Katecholamintherapie	verbesserungsbedürftig
52	CK-Wert	gut
54	Herzstillstand	hervorragend
55	hypotensive Periode	gut
56	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme	hervorragend
57	OP-Datum	hervorragend
60	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation	hervorragend
61	kalte Ischämiezeit	gut
73	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend

In Abbildung 7 wird die Bewertung aller überprüften Datenfelder in diesem Leistungsbereich noch einmal grafisch dargestellt. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Datenfelder mit „gut“ oder „hervorragend“ bewertet wurde. Jedoch zeigten sich bei 2 Datenfeldern auch Probleme in der Dokumentation, sodass die Datenvalidität dieser mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden musste.

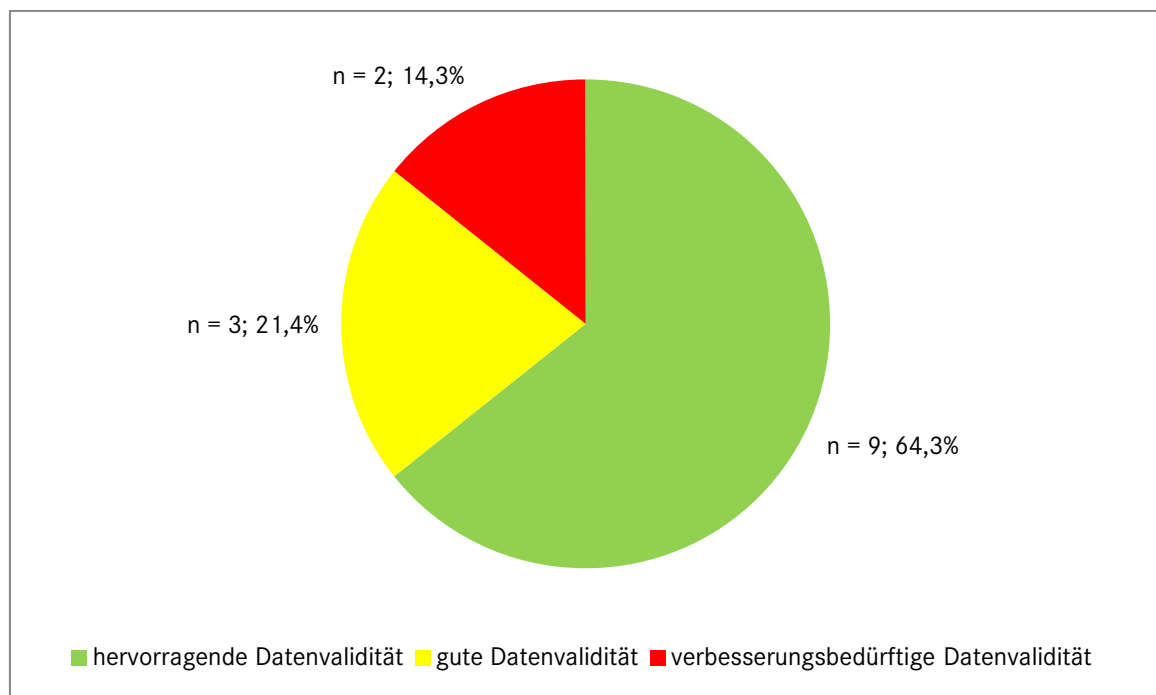


Abbildung 7: HTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

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

Datenfeld „Lungengefäßwiderstand Wert“

Die Abweichungen in diesem Datenfeld ergeben sich daraus, dass von den Krankenhäusern im Rahmen der QS-Dokumentation nicht immer gemäß den Ausfüllhinweisen der zuletzt vor der Transplantation bestimmte Wert angegeben wurde.

Datenfeld „Katecholamintherapie“

Die geringe Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld ist überwiegend durch ein Krankenhaus begründet. Innerhalb dieses Krankenhauses bestand eine Unklarheit über den genauen Zeitpunkt, zu dem die Katecholamintherapie durchgeführt worden sein musste, um dies in der QS-Dokumentation zu vermerken. Um dies zukünftig zu vermeiden, wurde von dem Krankenhaus der Wunsch nach einer eindeutigen Definition geäußert.

3.3.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität

Da die Mehrzahl der Datenfelder, welche im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich erhoben wurden, nicht für die Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet werden, haben sie auch keinen Einfluss auf diese. Für die Datenfelder, welche für die Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet werden, konnte im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich eine hervorragende Datenvalidität ermittelt werden.

3.4 Lebertransplantation (LTX)

3.4.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Lebertransplantation* erfolgte in mehreren Stufen und unter Einbezug unterschiedlicher Projektgruppen. Zunächst wurde ein erster Vorschlag für die Auffälligkeitskriterien im Rahmen einer gesonderten Projektgruppe (Team aus der Leiterin der Projektgruppe Datenvalidierung und der Bundesfachgruppenbetreuerin des AQUA-Instituts) erarbeitet. Anschließend wurde das entwickelte Auffälligkeitskriterium in der entsprechenden Bundesfachgruppe diskutiert und dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet. Das Auffälligkeitskriterium lautet wie folgt:

- AK-ID 850321: Hohe Abweichung zwischen dem angegebenen und dem anhand von Laborwerten berechneten MELD-Score

Da es sich bei dem Verfahren *Lebertransplantation* um ein direktes Verfahren handelt, wurde sowohl die Statistische Basisprüfung als auch der Strukturierte Dialog vom AQUA-Institut durchgeführt.

Tabelle 18: LTX – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

	AK-ID 850321
Referenzbereiche	Sentinel-Event
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	24
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	14
Maßnahmen	
Hinweise	0
Stellungnahmen	14
Ergebnisse	
Korrekte Dokumentation [U30+U31+U32+U99]	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40+A41+A42+A99+D50+D51+D99]	0
Sonstiges [S90+S91+S99]	14

Anmerkung zu Tabelle 18:

- AK-ID 850321 – Hohe Abweichung zwischen dem angegebenen und dem anhand von Laborwerten berechneten MELD-Score

850321: Hohe Abweichung zwischen dem angegebenen und dem anhand von Laborwerten berechneten MELD-Score

Ziel dieses Auffälligkeitskriterium war es, Dokumentationsprobleme bezüglich der für die Berechnung des MELD-Scores verwendeten Laborwerte und dem vom Krankenhaus direkt eingetragenen MELD-Score zu identifizieren. Insgesamt ergaben sich 14 rechnerische Auffälligkeiten. Von allen betroffenen Krankenhäusern wurden Stellungnahmen angefordert. In den Stellungnahmen wurde deutlich, dass es zum Teil Dokumentationsprobleme gab. Diese hatten jedoch keinen direkten Bezug zur Zielstellung des Auffälligkeitskriteriums. Darüber hinaus wurden bei einigen Krankenhäusern Verständnisprobleme bezüglich der Dokumentationsanforderungen deutlich. Aus diesen Gründen kam die Bundesfachgruppe zu keiner abschließenden Bewertung und vergab die Einstufung „S99 = Sonstiges: Die identifizierten Dokumentationsprobleme haben keinen direkten Bezug zur Zielstellung des Auffälligkeitskriteriums“. Die Dokumentationsanforderungen wurden spezifiziert. Das Auffälligkeitskriterium wird nicht verstetigt.

3.4.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Der Leistungsbereich *Lebertransplantation (LTX)* wurde bereits zum Erfassungsjahr 2010 einem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich unterzogen. Da die QSKH-RL zu diesem Zeitpunkt eine Prüfung von 5% der Krankenhäuser vorsah, wurde in das Stichprobenverfahren lediglich ein Krankenhaus einbezogen. Ein weiterer Grund für eine erneute Stichprobenprüfung für das Erfassungsjahr 2012 waren die aktuellen Geschehnisse im Bereich der Transplantationsmedizin.

Für die erneute Durchführung wurden 19 Datenfelder aus dem Erfassungsbogen zur Lebertransplantation ausgewählt. Um die Ergebnisse der beiden Erfassungsjahre gegenüberstellen zu können, wurden zum Teil dieselben Datenfelder ausgewählt. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse des Erfassungsjahres lediglich auf Daten eines Krankenhauses basieren.

Für das Stichprobenverfahren zum Erfassungsjahr 2012 wurde in 4 Krankenhäusern eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder anhand der Patientenakte durchgeführt. Der Einbezug von Reservefällen war in keinem Krankenhaus notwendig. Tabelle 19 stellt die Mengengerüste der Stichprobenverfahren der Erfassungsjahre 2012 und 2010 einander gegenüber.

Tabelle 19: LTX – Umfang der Stichprobenprüfung

Erfassungsjahr	berechnete Anzahl Krankenhäusern	Anzahl überprüfte Krankenhäuser	berechnete Anzahl Fallakten	Anzahl überprüfte Fallakten
2010	1	1	20	20
2012	4	4	69	69

In Tabelle 20 sind die Ergebnisse beider Erfassungsjahre dargestellt. Insgesamt ist im Vergleich mit den Ergebnissen aus dem Stichprobenverfahren zum Erfassungsjahr 2010 festzustellen, dass sich die Datenvalidität der Laborwerte (Bilirubin, Kreatinin und INR) innerhalb von nur zwei Jahren verbessert hat.

Tabelle 20: LTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung⁴

Nr. des Datenfeldes	Datenfeld	Erfassungsjahr 2012	Erfassungsjahr 2010
		Datenvalidität	Datenvalidität
10	Indikation zur Lebertransplantation	verbesserungsbedürftig	gut
11	wieviele Transplantation während dieses Aufenthaltes?	hervorragend	-
12	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status	hervorragend	hervorragend
13	Bilirubin i.S. in mg/dl	gut	verbesserungsbedürftig
15	Kreatininwert i.S. in mg/dl	gut	verbesserungsbedürftig
17	INR (International Normalized Ratio)	gut	verbesserungsbedürftig
18	Dialyse- oder Hämofiltrationsverfahren	gut	-
19	labMELD	verbesserungsbedürftig	-
20	matchMELD	hervorragend	-
24	Spendertyp	hervorragend	hervorragend
25	Spenderalter	hervorragend	hervorragend
27	Operation	hervorragend	hervorragend
28	Retransplantation	hervorragend	hervorragend
31	kombinierte Transplantation	hervorragend	hervorragend
32	Spenderorgan	hervorragend	hervorragend
33	kalte Ischämiezeit	verbesserungsbedürftig	gut
36	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend	hervorragend

Anmerkung zu Tabelle 20:

- Zu den Datenfeldern „Kreatininwert i.S. in mg/dl“ und „Bilirubin i.S. in mg/dl“: Die Angabe des Kreatinin- bzw. Bilirubinwertes kann entsprechend dem Erfassungsbogen sowohl in mg/dl als auch in µmol/l erfolgen. Da alle Angaben in der Einheit mg/dl erfolgten, wird auch nur auf die Ergebnisse dieser Einheit eingegangen.

In Abbildung 8 wird die Bewertung aller überprüften Datenfelder in diesem Leistungsbereich noch einmal grafisch veranschaulicht. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Datenfelder mit „gut“ oder „hervorragend“ bewertet wurde. Jedoch zeigten sich bei 3 Datenfeldern auch Probleme in der Dokumentation, sodass die Datenvalidität dieser mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden musste.

⁴ Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2012.

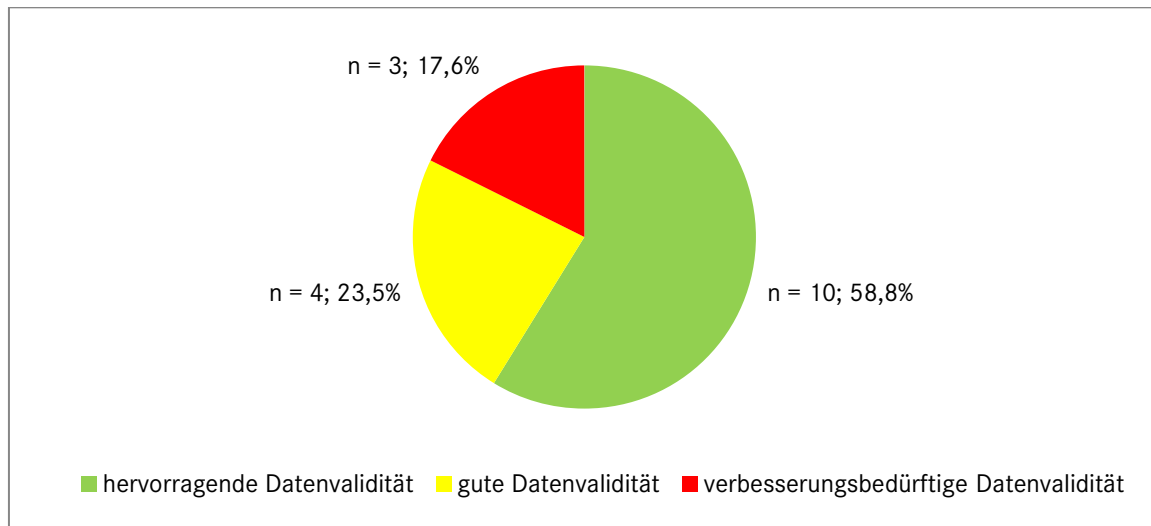


Abbildung 8: LTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die 3 Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet.

Datenfeld „Indikation zur Lebertransplantation“

Die Unstimmigkeiten bei diesem Datenfeld ergeben sich daraus, dass in einigen der visitierten Krankenhäuser die Indikationsstellung in der Patientenakte in Textform und nicht, wie für die QS-Dokumentation gefordert, gemäß dem ELTR-Kode vorlag. Dies führte dazu, dass für diese Fälle während des Abgleichs eine Neueinschätzung vorgenommen wurde. Dabei wurden die Komplexität der ELTR-Kodierungen und die damit verbundenen Schwierigkeiten deutlich.

Datenfeld „labMELD“

Da der labMELD aus den Laborwerten Bilirubin, Kreatinin und INR berechnet wird, führen Unstimmigkeiten bei der Erhebung dieser Werte folglich auch zu Abweichungen bei Datenfeld „labMELD“.

Datenfeld „kalte Ischämiezeit“

Die geringe Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld ist überwiegend durch ein Krankenhaus bedingt. Dieses bezog für die QS-Dokumentation häufig die Anastomosenzeit mit ein.

3.4.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität

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

Da die Datenfelder „labMELD“ und „kalte Ischämiezeit“ nicht für die Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen werden, haben ihre Datenvalidierungsergebnisse auch keinen Einfluss auf diese.

Das Datenfeld „Indikation zur Lebertransplantation“ wird für die Berechnung des Indikators 51594: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ verwendet. Allerdings werden hierbei lediglich die Indikationen zu *Acute hepatic failure* (A) und *Cholestatic disease* (B) als Risikofaktoren einbezogen. Anhand der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich wird deutlich, dass in 3 der 69 abgeglichenen Fälle in der Patientenakte *Cholestatic disease* (B) als Indikation angegeben wurde, während in der QS-Dokumentation eine abweichende Einstufung, außerhalb von *Acute hepatic failure* (A) und *Cholestatic disease* (B), vorgenommen wurde. Dies führt bei der QI-Berechnung dazu, dass die erwartete Rate an Todesfällen aufgrund der Risikofaktoren für das entsprechende Krankenhaus niedriger ausfällt, als sie tatsächlich ist.

4. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

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

Für das Erfassungsjahr 2012 wurden insgesamt in 16 Leistungsbereichen jeweils zwischen 1 und 3 verstetigte Auffälligkeitskriterien angewendet. Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2012 wurden anhand der festgelegten Auffälligkeitskriterien insgesamt 1.037 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Kriterien pro Leistungsbereich dargestellt. Detailliertere Auswertungen zu allen Bewertungen und Maßnahmen, welche im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturier-tem Dialog angewandt wurden, können dem Anhang des Berichts entnommen werden.

4.1 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom „sonstiges“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 14 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Ein Krankenhaus wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 7 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Es zeigten sich nachvollziehbare Fallkonstellationen, die zur Angabe des Symptoms „sonstiges“ geführt hatten (z.B. dauerhafte SM-Abhängigkeit nach Herz-OP). In den übrigen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 46,2 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Ab dem Erfassungsjahr 2013 wurde der Datensatz dahingehend verbessert, dass eine dauerhafte Schrittmacher-Abhängigkeit (z.B. nach Herz-Operation) abbildbar ist und in diesen Fällen nicht länger das Symptom „sonstiges“ gewählt werden muss. Durch diese Anpassung ist mit einer Verbesserung der Datenvalidität zu rechnen.

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation „sonstige“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 11 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Eines wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 80,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 21: 09/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813070	14	13	7	6	0	0
813071	11	10	2	8	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 21:

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

4.2 Karotis-Revaskularisation (10/2)

AK-ID 815004: Keine Angabe von perioperativen Komplikationen (Schlaganfall, Tod) bei hohem perioperativen Komplikationsrisiko – offen-chirurgisch

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Durch das Auffälligkeitskriterium werden Patienten mit offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation identifiziert, die ein hohes Risiko für Schlaganfall und Tod aufweisen, für die jedoch weder Schlaganfall noch Tod dokumentiert wurde. Die Wahrscheinlichkeit für ein hohes Risiko wurde von 20 % auf 30 % angehoben. Außerdem wurden analog zur geänderten Berechnung des zugrundeliegenden Qualitätsindicators in der Grundgesamtheit nur Patienten mit einem offen-chirurgischen Eingriff unter Ausschluss der (Karotis-)Transpositionen betrachtet.

Wie aufgrund der Verschärfung des Auffälligkeitskriteriums zu erwarten war, ist die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser von 47 im Vorjahr auf 24 gesunken. 4 dieser Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Ein Krankenhaus lieferte keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 18 weiteren Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Beispielsweise wurde in einem Fall der Patient bei postoperativen Zeichen eines Hirnödems in eine andere Einrichtung verlegt. Die neurologische Symptomatik bei Verlegung entsprach postoperativ der präoperativen Situation, sodass zu diesem Zeitpunkt kein neu aufgetretenes Defizit zu dokumentieren war. In einem Fall lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 5,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 22: 10/2 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
815004	24	20	18	1	1	0

Anmerkung zu Tabelle 22:

- AK-ID 815004: Keine Angabe von perioperativen Komplikationen (Schlaganfall, Tod) bei hohem perioperativen Komplikationsrisiko – offen-chirurgisch

4.3 Cholezystektomie (12/1)

AK-ID 850189: Keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Die Grundgesamtheit wurde weiter eingeschränkt auf Patienten mit einer laparoskopisch begonnenen Operation und einer Verweildauer von über 30 Tagen. Bisher wurden dabei nur Krankenhäuser berücksichtigt, die mindestens 150 Fälle behandelt hatten. Diese Einschränkung wurde auf mindestens 5 Fälle geändert. Dadurch werden mehr Krankenhäuser in die Prüfung einbezogen, das Vorliegen einer rechnerischen Auffälligkeit wird dabei aber gezielter überprüft.

Durch die Reduzierung der erforderlichen Mindestfallzahl ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten erwartungsgemäß gestiegen. Für 2012 wurden für dieses Auffälligkeitskriterium 89 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2011 waren es nur 42 rechnerisch auffällige Krankenhäuser. In 87 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Ein Krankenhaus lieferte keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In weiteren 73 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus erläuterte, dass in 6 der 7 Fälle die Verweildauern nicht wegen aufgetretener Komplikationen oder durchgeführter Reinterventionen, sondern aufgrund anderer Erkrankungen bzw. zunächst konservativem Vorgehen verlängert gewesen waren. Bei den meisten Häusern entstand die lange Verweildauer aufgrund von Fallzusammenführungen. In 11 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Zum Teil wiesen die Krankenhäuser erhebliche Dokumentationsmängel auf. Mit einem wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 12,6 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Die Änderung der Berechnung zeigte somit eine positive Wirkung hinsichtlich der Aufdeckung von möglichen Dokumentationsfehlern. Im Vorjahr wurde eine fehlerhafte Dokumentation nur in 3,3 % der Fälle bestätigt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Das Kriterium soll aber, auf Empfehlung der Projektgruppe Datenvalidierung, nochmals überarbeitet werden: Es soll nicht mehr die gesamte Verweildauer, sondern nur eine besonders hohe postoperative Verweildauer einbezogen werden; es sollen außerdem auch nicht mehr nur die allgemein postoperativen Komplikationen, sondern alle Komplikationen einbezogen werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850192: Keine Reinterventionen

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Die Grundgesamtheit wurde eingeschränkt auf Patienten mit einer Verweildauer von über 30 Tagen. Bisher wurden dabei nur Krankenhäuser berücksichtigt, die mindestens 150 Fälle behandelt hatten. Diese Einschränkung wurde analog zum AK-ID 850189 auf mindestens 5 Fälle geändert. Dadurch werden auch hier mehr Krankenhäuser in die Prüfung einbezogen.

Durch die Reduzierung der erforderlichen Mindestfallzahl ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten auch hier erwartungsgemäß gestiegen. Für 2012 wurden für dieses Auffälligkeitskriterium 112 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2011 waren es nur 45. Insgesamt wurden 105 Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

3 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In weiteren 88 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus erläuterte, dass die Verweildauern nicht wegen aufgetretener Komplikationen oder durchgeführter Reinterventionen, sondern aufgrund anderer Erkrankungen bzw. zunächst konservativem Vorgehen verlängert waren. Bei den meisten Häusern entstand die lange Verweildauer aufgrund von Fallzusammenführungen. Bei 13 Krankenhäusern sind Dokumentationsfehler bestätigt worden. Mit 3 Häusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung A99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber darauf schließen ließ, dass die Ursache für die rechnerische Auffälligkeit aufgrund eines Chefarztwechsels nicht mehr geklärt werden konnte, wurde dieser Fall der Kategorie „Keine erklärenden Gründe genannt“ zugeordnet.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 12,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Das Kriterium soll aber nochmals überarbeitet werden: Es soll nicht mehr die gesamte Verweildauer, sondern nur eine besonders hohe postoperative Verweildauer einbezogen werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 23: 12/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850189	89	87	73	11	1	2
850192	112	105	88	13	3	1

Anmerkungen zu Tabelle 23:

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

4.4 Gynäkologische Operationen (15/1)

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

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Es erfolgte eine Anpassung der Grundgesamtheit durch die Erhöhung des Mindestalters der betrachteten Patientinnen von 55 auf 60 Jahre. Der Titel des Auffälligkeitskriteriums wurde entsprechend überarbeitet.

Durch die Änderung reduzierten sich die rechnerischen Auffälligkeiten deutlich. Waren es im Vorjahr noch 150 rechnerisch auffällige Krankenhäuser, wurden für 2012 nur 22 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 3 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen übrigen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

2 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In der Regel führten falsche Angaben zur Histologie zu der rechnerischen Auffälligkeit. Beispielsweise wurden gutartige seröse Zysten fehlerhaft als Funktionszysten dokumentiert, wobei dies zu einer Verschlechterung im assoziierten Qualitätsindikator führte und damit zum Nachteil für das Krankenhaus. Die Dokumentierenden wurden nochmals auf die verbindlichen Ausfüllhinweise zum Datensatz hingewiesen, um die Datenvalidität zukünftig zu verbessern. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 42,1 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850312: Keine Organverletzungen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 vollständig überarbeitet. In der Grundgesamtheit werden alle Patientinnen ohne Karzinom mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang und einer hohen postoperativen Verweildauer betrachtet.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 127 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 30 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

3 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 86 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. □ Die längere Verweildauer trat jeweils ohne ursächliche Organverletzung durch unterschiedliche Gründe, wie z.B. einen komplizierten OP-Verlauf, notwendiger iv.-Antibiose oder schweren Begleiterkrankungen auf. Bei 7 Krankenhäusern sind Dokumentationsfehler bestätigt worden. Mit 2 Einrichtungen wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 7,2 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstärkung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Zur Erhöhung der Trefferquote sollen aber neben den Organverletzungen alle intra- und postoperativen Komplikationen in die Betrachtung einbezogen werden. Außerdem soll die Grenze für die Verweildauer vom 90. auf das 95. Perzentil angehoben werden. Da Hysterektomien ab dem Erfassungsjahr 2013 nicht mehr berücksichtigt werden, werden sie aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist diesen Empfehlungen gefolgt.

Tabelle 24: 15/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811823	22	19	9	8	2	0
850312	127	97	86	7	3	1

Anmerkungen zu Tabelle 24:

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

4.5 Geburtshilfe (16/1)

AK-ID 813121: Auffallend wenige Wochenbettkomplikationen der Mutter

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. In der Grundgesamtheit werden nur noch Patientinnen betrachtet, die nach der Geburt noch mindestens zehn Tage im Krankenhaus blieben. Bisher waren es mindestens sieben Tage.

Durch die Einschränkung der Grundgesamtheit wäre ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten zu erwarten gewesen. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser hat sich aber von 48 auf 97 erhöht. 27 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen, die übrigen wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

4 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 30 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In den meisten Häusern wurden die aufgetretenen Komplikationen nicht dokumentiert. In einem war ein Softwarefehler verant-

wortlich für die rechnerische Auffälligkeit: Die Berechnung der Aufenthaltsdauer war nicht korrekt. Inzwischen hat das Krankenhaus ein neues EDV-System. Es gab auch Fälle, in denen die längere Verweildauer zwar durch Komplikationen bedingt war, diese aber nicht in der Berechnung des Auffälligkeitskriteriums berücksichtigt sind. Vertreter aus einem weiteren Krankenhaus wurden zu einer gemeinsamen Besprechung der rechnerischen Auffälligkeit eingeladen. Am Ende des Gespräches wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 51,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Trotz dieser hohen Rate und der gestiegenen Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten hat die Projektgruppe Datenvalidierung eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 nicht empfohlen. Hintergrund ist zum einen der fehlende Indikatorbezug des Auffälligkeitskriteriums und zum anderen eine Aufwand-Nutzen-Abwägung im Zusammenspiel mit den 3 neu verstetigten Kriterien in diesem Leistungsbereich (vgl. Abschnitt 3.2.1). Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 25: 16/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813121	97	70	30	36	4	0

Anmerkung zu Tabelle 25:

- AK-ID 813121: Auffallend wenige Wochenbettkomplikationen der Mutter

4.6 Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)

AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Aus der Berechnung ausgeschlossen werden alle Krankenhäuser, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen abgerechnet haben. Da es dafür kein eigenes Datenfeld gibt, erfolgt der Ausschluss nur, wenn der entsprechende OPS-Kode 8-55* für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde. Dafür werden alle Fälle des Hauses geprüft. Liegt dieser OPS-Kode in mindestens einem Datensatz vor, wird das Krankenhaus aus der weiteren Berechnung ausgeschlossen.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 9 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In allen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 4 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, in den übrigen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 55,6 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 26: 17/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813191	9	9	4	5	0	0

Anmerkung zu Tabelle 26:

- AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.7 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)

AK-ID 813129: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Aus der Berechnung ausgeschlossen werden alle Krankenhäuser, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen abgerechnet haben. Da es dafür kein eigenes Datenfeld gibt, erfolgt der Ausschluss nur, wenn der entsprechende OPS-Kode 8-55* für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde. Dafür werden alle Fälle des Krankenhauses geprüft. Liegt dieser OPS-Kode in mindestens einem Datensatz vor, wird das Krankenhaus aus der weiteren Berechnung ausgeschlossen.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 26 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 25 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Ein Krankenhaus lieferte keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 17 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus war zum Zeitpunkt des Strukturierten Dialogs bereits geschlossen. In diesem Fall wurde die Bewertung S90 vergeben. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit 2 Häusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 24,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 813126: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 21 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 15 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 5 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Es wurde fälschlicherweise eine zu hohe ASA-Einstufung dokumentiert. Die zuständigen Mitarbeiter wurden nochmals auf sorgfältiges und kontrolliertes Ausfüllen der QS-Dokumentation hingewiesen.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 66,7 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 27: 17/2 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813129	26	25	17	6	1	1
813126	21	15	5	10	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 27:

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

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

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 125 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 114 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Zwei Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 52 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei Wechseloperationen, bei denen präoperativ eine mechanische Lockerung bei fehlenden Infektionszeichen/-nachweisen diagnostiziert wird, bei denen sich jedoch im tiefen operativen Abstrich Erreger finden, wird regelkonform die o.g. Entlassungsdiagnose kodiert – auch ohne präoperative Entzündungszeichen und postoperative Wundinfektion. In 38 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielsweise wurden die Erregernachweise nicht in die QS-Dokumentation übernommen. Durch die Kontaktaufnahme im Rahmen des Strukturierten Dialoges konnten in den betroffenen Krankenhäusern vor Ort Dokumentationsprozesse aktiv auf Schwachstellen analysiert und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden. Ergänzend wurde in der Spezifikation für die Erfassung 2013 vom AQUA-Institut der Ausfüllhinweis zur Erfassung präoperativer Entzündungszeichen überarbeitet. Mit 2 Häusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. 22 Krankenhäuser erhielten die Bewertung S99. Einmal waren die Fälle aufgrund eines KIS-Wechsels nicht mehr nachprüfbar. In den anderen Fällen handelte es sich jeweils um zweizeitige Wechsel, bei denen die Krankenhäuser die beim ersten Eingriff vorliegende Infektion nicht dokumentiert haben, da diese zum Zeitpunkt des zweiten Eingriffs nicht mehr vorlag. Mittlerweile wurden die entsprechenden Ausfüllhinweise angepasst, sodass nun deutlich wird, dass bei zweizeitigem Wechsel die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffs/der Explantation anzugeben sind.

Bei 2 weiteren Häusern wurde die Bewertung S99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde diese Klinik hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 33,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850205: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Aus der Berechnung ausgeschlossen werden alle Krankenhäuser, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen abgerechnet haben. Da es dafür kein eigenes Datenfeld gibt, erfolgt der Ausschluss nur, wenn der entsprechende OPS-Kode 8-55* für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde. Dafür werden alle Fälle des Krankenhauses geprüft. Liegt dieser OPS-Kode in mindestens einem Datensatz vor, wird das Krankenhaus aus der weiteren Berechnung ausgeschlossen. Außerdem wurde die erforderliche Mindestfallzahl für die Grundgesamt auf 5 erhöht.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser bei diesem Auffälligkeitskriterium stark gesunken: Es wurden 19 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt, während es im Vorjahr noch 52 Krankenhäuser waren. In 12 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Die Fälle mit erhöhter Liegedauer erklärten sich durch zweizeitige Wechsel bzw. notwendige Wechsel nach Ersteingriff während desselben stationären Aufenthalts. In den anderen 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 25,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt und im Zähler zukünftig auch die postoperativen Wundinfektionen berücksichtigt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 28: 17/3 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850204	125	114	52	38	2	22
850205	19	12	9	3	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 28:

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

4.9 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)

AK-ID 813130: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Aus der Berechnung ausgeschlossen werden alle Krankenhäuser, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen abgerechnet haben. Da es dafür kein eigenes Datenfeld gibt, erfolgt der Ausschluss nur, wenn der entsprechende OPS-Kode 8-55* für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde. Dafür werden alle Fälle des Krankenhauses geprüft. Liegt dieser OPS-Kode in mindestens einem Datensatz vor, wird das Krankenhaus aus der weiteren Berechnung ausgeschlossen.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 71 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 3 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

4 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In weiteren 44 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus gab beispielweise an, sich dem allgemeinen Trend einer stets frühzeitigen Entlassung nicht anschließen zu wollen. Es habe zwar keine Komplikationen im Sinne des Auffälligkeitskriteriums, wohl aber andere medizinische Gründe im Rahmen von Komorbiditäten und daher verzögerter Mobilisation gegeben. Gleichwohl würde die Wundheilung bis zum Fadenzug stets abgewartet und der Patient vorher grundsätzlich nicht entlassen. In 18 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Eine Einrichtung hat z.B. keine allgemeinen postoperativen Komplikationen in die QS-Dokumentation übernommen. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen und zweimal wurde die Bewertung S99 vergeben. In einem Fall war das Krankenhaus zum Zeitpunkt des Strukturierten Dialogs bereits geschlossen, im zweiten Fall lag ein Systemfehler vor.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 26,5 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der

Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 813128: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 10 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 9 davon wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 80,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 29: 17/5 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813130	71	68	44	18	4	2
813128	10	9	1	8	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 29:

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

4.10 Mammachirurgie (18/1)

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

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

2 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 10 weiteren Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 24 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In den Einrichtungen ergaben sich einzelne Erfassungsfehler als Ursache der Abweichungen. Beispielsweise wurde aus den Ausfüllhinweisen nicht deutlich, wie das Datenfeld zur postoperativen Histologie im Fall einer Vollremission nach einer Chemotherapie auszufüllen ist. In diesen Fällen muss das prätherapeutisch diagnostizierte Malignom trotzdem dokumentiert werden. Die Ausfüllhinweise dazu wurden bereits angepasst und für das Erfassungsjahr 2014 geändert. Mit einem Krankenhaus wurde eine Besprechung durchgeführt. Mit 3 Häusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Bei 2 Einrichtungen wurde die Bewertung S99 vergeben. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 66,7 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 32 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 6 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 22 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Vertreter aus einem Krankenhaus wurden zu einer gemeinsamen Besprechung der rechnerischen Auffälligkeit eingeladen. Am Ende des Gespräches wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 15,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine weitere Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Zur Erhöhung der Treffgenauigkeit wurde die Rechenregel für die Auswertung der Daten des Erfassungsjahres 2013 angepasst, und Patientinnen mit neoadjuvanter Therapie sollen zukünftig aus dem Nenner ausgeschlossen werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 30: 18/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813068	37	36	10	24	2	0
813069	32	26	22	4	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 30:

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

4.11 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)**AK-ID 813123: Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte**

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

3 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 22 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 4 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In den Einrichtungen ergaben sich einzelne Erfassungsfehler als Ursache der Abweichungen. Durch die Kontaktaufnahme im Rahmen des Strukturierten Dialoges konnten in den betroffenen Krankenhäusern vor Ort Dokumentationsprozesse aktiv auf Schwachstellen hin analysiert werden. Die Dokumentierenden wurden nochmals auf die verbindlichen Ausfüllhinweise zum Datensatz hingewiesen, um die Datenvalidität zukünftig zu verbessern. Ein Krankenhaus, das vorwiegend ein ambulantes Patientenkollektiv behandelt, wurde mit S99 eingestuft.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 13,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 31: 21/3 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813123	32	30	22	4	3	1

Anmerkung zu Tabelle 31:

- AK-ID 813123: Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte

4.12 Neonatologie (NEO)

AK-ID 850201: Keine Angabe von intra- und periventrikulären Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei Kindern mit einem hohen Risiko für diese Ereignisse

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Es wurde festgelegt, dass eine rechnerische Auffälligkeit nur dann vorliegt, wenn sowohl dieses Ergebnis als auch das Ergebnis von AK-ID 850202 „Keine Angabe von höhergradiger Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) bei Kindern mit einem hohen Risiko für dieses Ereignis“ außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 41 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 40 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Mit einem Krankenhaus war der Strukturierte Dialog zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht abgeschlossen. In 36 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 7,5 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850202: Keine Angabe von höhergradiger Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) bei Kindern mit einem hohen Risiko für dieses Ereignis

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Es wurde festgelegt, dass eine rechnerische Auffälligkeit nur dann vorliegt, wenn sowohl dieses Ergebnis als auch das Ergebnis von AK-ID 850201 „Keine Angabe von intra- und periventrikulären Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei Kindern mit einem hohen Risiko für diese Ereignisse“ außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 54 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 48 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Bei einem Krankenhaus hat der Fachausschuss auf Landesebene entschieden, keine Maßnahmen im Strukturierten Dialog einzuleiten. Aufgrund der Variabilität der Risikofaktoren und bei geringer Fallzahl sollen in diesem Fall die Ergebnisse der nächsten Jahre beobachtet werden.

Mit einem Krankenhaus war der Strukturierte Dialog zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht abgeschlossen. Ein weiteres Krankenhaus lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 38 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 7 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Außerdem erhielt ein Krankenhaus die Bewertung S99.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 14,6 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850203: Auffällig häufig Angabe von Entlassung/ Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf, ohne dass eine Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) vorliegt

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 23 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 21 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei den angeführten Fällen handelte es sich um schwerkranke Kinder, die unter Sauerstoffzufuhr auf die Perinatalzentren verlegt wurden, ohne dass eine BPD

vorlag. Die Arbeitsgruppe regt in diesem Kontext an, das Kriterium auf die Entlassung zu begrenzen. In 11 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In einer Einrichtung kam es beispielsweise zu einer Fehldokumentation: Die Kinder wurden ohne Sauerstoffbedarf entlassen. Durch die Kontaktaufnahme im Rahmen des Strukturierten Dialoges konnten in den betroffenen Krankenhäusern vor Ort Dokumentationsprozesse aktiv auf Schwachstellen analysiert und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden. Ein Krankenhaus erhielt die Bewertung S99, da teilweise die Patientenakten zu den rechnerisch auffälligen Fällen aufgrund einer Softwareumstellung nicht vollständig aufzufinden waren. Für die geprüften Fälle wird eine korrekte Dokumentation bescheinigt.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 52,4 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 32: NEO – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850201	41	40	36	3	0	1
850202	54	48	38	7	1	2
850203	23	21	9	11	0	1

Anmerkungen zu Tabelle 32:

- AK-ID 850201: Keine Angabe von intra- und periventrikulären Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei Kindern mit einem hohen Risiko für diese Ereignisse
- AK-ID 850202: Keine Angabe von höhergradiger Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) bei Kindern mit einem hohen Risiko für dieses Ereignis
- AK-ID 850203: Auffällig häufig Angabe von Entlassung/Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf, ohne das eine Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) vorliegt

4.13 Koronarchirurgie, isoliert (HCH_KCH)

Die Auswertungen ergaben insgesamt 7 rechnerische Auffälligkeiten bei den 3 angewendeten Auffälligkeitskriterien. Viermal wurde von den Krankenhäusern nachvollziehbar die korrekte Dokumentation bestätigt. Dreimal bewertete die Bundesfachgruppe das Ergebnis nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation. In der Regel bestätigten die Leistungserbringer die Fehldokumentation in der Stellungnahme selbst. Gründe für die Fehldokumentationen waren überwiegend mangelnde Kenntnis der Ausfüllhinweise bzw. eine nicht sachgerechte Interpretation der Ausfüllhinweise. Die Unsicherheiten konnten im Strukturierten Dialog geklärt werden. Die häufigsten Anfragen von Leistungserbringern sowie die bestätigten Fehldokumentationen fanden sich bei Datenfeld 42 des herzchirurgischen Dokumentationsbogens „sonstige Operation“. Aufgrund dieser Problematik wird für die Spezifikation 2015 der Ausfüllhinweis geändert.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut für alle 3 Auffälligkeitskriterien empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 33: HCH_KORO – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813165	3	3	1	2	0	0
815002	4	4	3	1	0	0
850324	0	0	0	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 33:

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

4.14 Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell (HCH_AORT)

Die Auswertungen ergaben insgesamt 8 rechnerische Auffälligkeiten bei den 3 angewendeten Auffälligkeitskriterien. Sechsmal wurde von den Krankenhäusern nachvollziehbar die korrekte Dokumentation bestätigt. In 2 weiteren Fällen bewertete die Bundesfachgruppe das Ergebnis nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation. Gründe für die Fehldokumentation waren überwiegend eine fehlerhafte Anwendung bzw. mangelnde Kenntnis der Ausfüllhinweise. Die Unsicherheiten konnten im Strukturierten Dialog geklärt werden. Ferner wird für die Spezifikation 2015 der Ausfüllhinweis zu Datenfeld 42 „sonstige Operation“ geändert, damit für die Leistungserbringer deutlicher wird, dass eine im Verlauf aufgetretene Komplikation nicht die Angabe „sonstige Operation“ rechtfertigt.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut für alle 3 Auffälligkeitskriterien empfohlen. Für das Auffälligkeitskriterium „Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt“ soll ab dem Erfassungsjahr 2013 ein neues Modell für die Risikoadjustierung verwendet werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 34: HCH_AORT – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811809	1	1	0	1	0	0
815005	3	3	2	1	0	0
850332	4	4	4	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 35:

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

4.15 Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (HCH_AORT_KATH)

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

Insgesamt wurde mit 17 Krankenhäusern der Strukturierte Dialog zu diesem Auffälligkeitskriterium geführt. An ein Krankenhaus wurde nach minimaler Abweichung des Ergebnisses vom Referenzbereich ein Hinweis versandt mit der Bitte, die rechnerische Auffälligkeit im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zu analysieren. Alle anderen Krankenhäuser wurden um eine Stellungnahme gebeten. Sechsmal wurde in den Stellungnahmen die korrekte Dokumentation bestätigt, neunmal erkannten die Krankenhäuser fehlerhafte Dokumentationen. Einer Stellungnahme war nicht eindeutig zu entnehmen, ob korrekt dokumentiert worden ist, weswegen hier die Bewertung „A42 = keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ vergeben wurde. Fast alle Krankenhäuser gaben an, infolge des Strukturierten Dialogs damit begonnen zu haben, die für die Dokumentation zuständigen Mitarbeiter diesbezüglich zu schulen.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Ab dem Erfassungsjahr 2013 soll ein neues Modell für die Risikoadjustierung verwendet werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

4 Krankenhäuser wurden um Stellungnahmen gebeten. 2 Krankenhäuser bestätigten eine korrekte Dokumentation, 2 weitere Krankenhäuser bestätigten eine fehlerhafte Dokumentation. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Ab dem Erfassungsjahr 2013 soll ein neues Modell für die Risikoadjustierung verwendet werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

Insgesamt wurde mit 4 Krankenhäusern der Strukturierte Dialog zu diesem Auffälligkeitskriterium geführt. Dreimal wurde in den Stellungnahmen die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus bestätigte eine fehlerhafte Dokumentation. Eine detaillierte Analyse hierzu ergab, dass insgesamt 7 Datensätze vom Krankenhaus nicht an das AQUA-Institut übermittelt worden sind. 5 dieser Datensätze hätten Angaben zu Patienten enthalten, die während des stationären Aufenthaltes verstorben waren. Das bedeutet, dass das berechnete Ergebnis im Benchmark-Report des Krankenhauses zur Krankenhaussterblichkeit von 0,0 % nicht der Realität entsprach. Auch wenn die tatsächliche Sterblichkeitsrate nicht rechnerisch auffällig gewesen wäre, war die Dokumentationsqualität aus Sicht der Bundesfachgruppe nicht ausreichend. Daher wurde das Ergebnis des Qualitätsindikators „QI-ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ nicht wie formal erwartet mit „R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich“, sondern mit „D99 = Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation, Kommentar: Unvollständige Dokumentation, tatsächliche Sterblichkeit 7,2%“ bewertet.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 35: HCH_AORT_KATH – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850282	17	16	6	10	0	0
850288	4	4	2	2	0	0
850323	4	4	3	1	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 35:

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

4.16 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH_KOMB)

AK-ID 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

Durch dieses Auffälligkeitskriterium wurde ein Krankenhaus mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis identifiziert und um eine Stellungnahme gebeten. Das Krankenhaus hat die korrekte Dokumentation bestätigt, sodass das Ergebnis abschließend als qualitativ unauffällig eingestuft wurde.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

5. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

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

- Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
- Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Seit dem Erfassungsjahr 2011 wird zudem bei einer Dokumentationsrate von unter 95,0 % für jeden nicht dokumentierten Datensatz ein Abschlag erhoben. Da vermutet wird, dass dies zu einem erhöhten Anreiz zum Ausfüllen eines Minimaldatensatzes führt, wird seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen Leistungsbereichen, ausgenommen des Leistungsbereichs *Neonatalogie*, der orthopädischen und unfallchirurgischen Leistungsbe- reiche sowie derjenigen der Transplantationen und Lebendspenden, zusätzlich ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz eingesetzt.

5.1 Indirekte Verfahren

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

5.1.1. Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

In Tabelle 36 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich für die Erfassungsjahre 2011 und 2012 dargestellt. Im Vergleich zu 2011 zeigt sich eine positive Entwicklung: In allen Leistungsbereichen konnte eine Verbesserung der Dokumentation erreicht werden.

Als konkrete Gründe für Unterdokumentation wurden folgende Punkte identifiziert:

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

Tabelle 36: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse

Leistungsbereich	Erfassungsjahr 2012			Erfassungsjahr 2011	
	KH gesamt	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahme	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahme
Herzschrittmacher-Im- plantation	1.025	42	37 (88,1 %)	86	77 (89,5 %)
Herzschrittmacher-Aggregat- wechsel	956	21	13 (61,9 %)	42	34 (81,0 %)
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explanta- tion	930	62	47 (75,8 %)	115	98 (85,2 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	677	26	17 (65,4 %)	66	49 (81,7 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	589	10	8 (80 %)	19	15 (78,9 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation	552	21	15 (71,4 %)	47	41 (87,2 %)
Karotis-Revaskularisation	617	30	24 (80 %)	35	30 (85,7 %)
Cholezystektomie	1.130	26	22 (84,6 %)	55	49 (89,1 %)
Gynäkologische Operationen	1.083	19	17 (89,5 %)	58	51 (87,9 %)
Geburtshilfe	781	9	9 (100 %)	32	27 (84,4 %)
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.136	34	29 (85,3 %)	91	79 (86,8 %)
Hüft-Endoprothesen-Erstim- plantation	1.112	35	25 (71,4 %)	54	52 (96,3 %)
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.069	79	58 (73,4 %)	114	90 (78,9 %)
Knie-Totalendprothesen-Erst- implantation	1.058	13	11 (84,6 %)	34	32 (94,1 %)
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	988	35	25 (71,4 %)	41	23 (56,1 %)
Mammachirurgie	934	30	25 (83,3 %)	96	78 (81,3 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarinterventi- on (PCI)	931	44	39 (88,6 %)	80	69 (86,3 %)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	1.667	89	63 (70,8 %)	122	113 (92,6 %)
Neonatologie	731	59	33 (55,9 %)	102	98 (96,1 %)
Ambulant erworbene Pneu- monie	1.178	58	55 (94,8 %)	117	109 (93,2 %)

5.1.2. Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In Tabelle 37 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich für die Erfassungsjahre 2011 und 2012 dargestellt. Im Vergleich zu 2011 hat sich die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten in den einzelnen Leistungsbereichen unterschiedlich entwickelt. In der Gesamtbetrachtung ist die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser aber zurückgegangen (2011: n = 223; 2012: n = 191).

Tabelle 37: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse

Leistungsbereich	Erfassungsjahr 2012			Erfassungsjahr 2011	
	KH gesamt	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahme	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahme
Herzschrittmacher-Im- plantation	1.025	16	9 (56,3 %)	10	5 (50,0 %)
Herzschrittmacher-Aggregat- wechsel	956	13	11 (84,6 %)	17	13 (76,5 %)
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explan- tation	930	3	1 (33,3 %)	1	0 (0,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	677	8	7 (87,5 %)	10	5 (50,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	589	1	1 (100 %)	2	2 (100,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation	552	2	0 (0 %)	2	1 (50,0 %)
Karotis-Revaskularisation	617	1	1 (100 %)	7	3 (42,9 %)
Cholezystektomie	1.130	9	4 (44,4 %)	29	12 (41,4 %)
Gynäkologische Operationen	1.083	3	3 (100 %)	3	2 (66,7 %)
Geburtshilfe	781	1	1 (100 %)	5	4 (80,0 %)
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.136	17	8 (47,1 %)	25	17 (68,0 %)
Hüft-Endoprothesen-Erstim- plantation	1.112	8	6 (75 %)	11	8 (72,7 %)
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.069	4	3 (75 %)	14	8 (57,1 %)
Knie-Totalendprothesen-Erst- implantation	1.058	7	4 (57,1 %)	6	5 (83,3 %)
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	988	3	0 (0 %)	3	2 (66,7 %)
Mammachirurgie	934	5	5 (100 %)	7	4 (57,1 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarinterventi- on (PCI)	931	17	13 (76,5 %)	15	15 (100,0 %)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	1.667	10	4 (40 %)	16	13 (81,3 %)
Neonatologie	731	27	17 (63 %)	20	6 (30,0 %)
Ambulant erworbene Pneu- monie	1.178	36	28 (77,8 %)	30	24 (80,0 %)

Als Gründe für Überdokumentationen wurden folgende Punkte identifiziert:

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

5.1.3. Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

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

In Tabelle 38 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich für die Erfassungsjahre 2011 und 2012 dargestellt. Die Anzahl der angelegten Minimaldatensätze (MDS) hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich reduziert.

Tabelle 38: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse

Leistungsbereich	Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
	Rechnerisch auffällige KH	Angeforderte Stellungnahme	Rechnerisch auffällige KH	Angeforderte Stellungnahme
Herzschrittmacher-Implantation	0	-	2	2 (100,0 %)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1	0 (0 %)	2	0 (0,0 %)
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	9	8 (88,9 %)	6	5 (83,3 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	3	3 (100 %)	1	1 (100,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	2	2 (100 %)	2	1 (50,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	7	5 (71,4 %)	8	7 (87,5 %)
Karotis-Revaskularisation	12	12 (100 %)	6	6 (100,0 %)
Cholezystektomie	0	-	3	2 (66,7 %)
Gynäkologische Operationen	3	3 (100 %)	2	2 (100,0 %)

	Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
Geburtshilfe	0	-	0	-
Mammachirurgie	11	11 (100 %)	5	3 (60,0 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	2	2 (100 %)	0	-
Pflege: Dekubitusprophylaxe	0	-	0	-
Ambulant erworbene Pneumonie	20	20 (100 %)	8	7 (87,5 %)

Häufig war die Dokumentation in Form eines Minimaldatensatz (MDS) korrekt. In Ausnahmefällen wurden MDS bei Verbringungsleistungen in einer der beiden Einrichtungen angelegt, wenn sie fälschlicherweise in beiden Einrichtungen vom QS-Filter ausgelöst wurden. Außerdem wurden folgende Gründe im Strukturierten Dialog dargelegt:

- **Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation:** Bei frühen Sondendislokationen wurde fälschlicherweise ein MDS angelegt. Eine falsche OPS-Kodierung bedingte in einem Fall die nicht korrekte Auslösung des Moduls 09/3 (statt 09/4).
- **Implantierbare Defibrillatoren – Implantation:** Bei einer Einrichtung hatte der Fachausschuss auf Landesebene hinsichtlich der häufigen Anlage eines MDS den Eindruck, dass hiervon überwiegend mit Komplikationen behaftete Fälle betroffen waren, die so nicht in die Auswertung gelangten.
- **Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel:** Alle Fälle konnten als korrekte MDS-Anlage bestätigt werden. Eine inhaltliche Rückmeldung zur Weiterentwicklung an das AQUA-Institut ist erfolgt.
- **Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/-Explantation:** Zumeist handelte es sich um nachvollziehbare Anlagen von MDS bei Explantationen im Rahmen von Herztransplantationen. In Einzelfällen auch Fehlanlagen von MDS. Die KH-Software (KIS) schien hier automatisch bei gewissen Konstellationen MDS anzulegen. Eine Prüfung des Problems wurde durch das Krankenhaus eingeleitet.
- **Karotis-Revaskularisation:** In zwei Einrichtungen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, Hinweise auf die unsachgemäße Anwendung des Minimaldatensatzes haben sich nicht bestätigt. Beispielsweise wurde ein Fall mit Stent-Bruch eines einliegenden Stents als Minimaldatensatz dokumentiert. In weiteren Fällen wurde eine Karotis-OP als Vorbereitung zur Lungenoperation bei Bronchialkarzinom als Minimaldatensatz dokumentiert sowie eine Aneurysmaversorgung mit Flow-Diverter und Nachdilatation mit Ballon (keine extrakranielle Behandlung).
- **Mammachirurgie:** Aufgrund fehlender Eingabemöglichkeiten im Dokumentationsbogen konnte die Dokumentation nicht vollständig abgeschlossen werden und nur Minimaldatensätze angelegt werden. Inzwischen wurde die fehlende Eingabemöglichkeit im Dokumentationsbogen zum Erfassungsjahr 2013 ergänzt, so dass eine inhaltlich zutreffende Dokumentation erfolgen kann und keine Minimaldatensätze mehr angelegt werden müssen.
- **Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI):** Fälschlicherweise wurden in einem Krankenhaus 2 MDS übermittelt, obwohl zu diesen Fällen bereits korrekt ausgefüllte Dokumentationsbögen vorlagen.
- **Ambulant erworbene Pneumonie:** In einem Krankenhaus war die Anlage eines vollständigen Datensatzes nicht sinnvoll, da die Patienten innerhalb weniger Stunden verlegt wurden. In einem anderen Krankenhaus wurde bei Verlegung in eine rehabilitative Einheit mit der Diagnose „Zustand nach Pneumonie“ zwar ein QS-Bogen generiert, dieser wurde jedoch als MDS abgeschlossen. Ein anderes Krankenhaus wies ein erhebliches Defizit nicht nur in der Dokumentationsqualität der QS-Daten, sondern auch in der Kodierung auf. In den meisten Fällen konnte das Überschreiten der Raten von 5,0 % plausibel erklärt werden. In diesen Einrichtungen wurden überwiegend Sekundärbehandlungen von bereits austherapierten ambulant erworbenen Pneumonien durchgeführt. Eine Einrichtung argumentierte, eine besondere Patientenklientel zu behandeln. Demnach werden Patienten zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und Therapie eines unklaren Lungenherdes bzw. einer abgelaufenen Pneumonie, Tbc o.ä. aufgenommen. Als Hauptdiagnose sei hier oft eine Pneumonie zu kodieren, welche jedoch nicht akut ambulant erworben sei, nicht mit den typischen Symptomen einhergehe und einen anderen Behandlungsablauf erfordere.

5.1.4. Erkenntnisse zur Vollzähligkeit

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

Niedrige Dokumentationsraten oder Überdokumentationen sind meist keine spezifischen Probleme der einzelnen klinischen Fachbereiche. Oft liegen systematische, organisatorische Probleme vor. Die medizinischen Ansprechpartner haben häufig Verständnisschwierigkeiten bei diesen nicht auf die Qualität der medizinischen Leistungserbringung gerichteten Fragestellungen. Der Einbezug von Mitarbeitern aus Controlling und Qualitätsmanagement ist hierbei zu empfehlen. In Thüringen beispielsweise wird der Strukturierte Dialog zur Vollzähligkeit von den übrigen Dialogen der einzelnen Module losgelöst und direkt mit den Geschäftsführern/Verwaltungsdirektoren geführt. Dadurch wird die gesamte Einrichtung für eine möglichst vollständige QS-Dokumentation sensibilisiert.

Die zum Erfassungsjahr 2012 verschärfte Sanktionsregelung stellt für die Krankenhäuser einen wirkungsvollen Anreiz für eine vollzählige Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung dar. Vor diesem Hintergrund erscheint mehreren LQS eine verpflichtende Klärung von Unterdokumentationen im Rahmen des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung eher verzichtbar. Die Notwendigkeit einer Fortführung der aufwendigen Vollzähligkeitsprüfung wird durch die Projektgruppe Datenvalidierung evaluiert und im G-BA beraten werden.

5.2 Direkte Verfahren

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

5.2.1. Herzchirurgie

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

Tabelle 39 zeigt die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser sowie die eingeleiteten Maßnahmen für das Erfassungsjahr 2012.

Tabelle 39: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme
Unterdokumentation	0	0	7	5
Überdokumentation	3	3	1	0
Gesamt	3	3	8	5

AK-ID 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Eine rechnerisch auffällige Unterdokumentation liegt definitionsgemäß vor, wenn bei mindestens 5 dokumentierten Fällen die Dokumentationsrate weniger als 95,0 % beträgt. Es konnte kein Krankenhaus ermittelt werden, das dieser Definition entspricht.

AK-ID 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Eine Überdokumentation liegt definitionsgemäß vor, wenn bei mindestens 20 dokumentierten Fällen die Dokumentationsrate mehr als 110,0 % beträgt. Auf 3 Krankenhäuser trafen diese Kriterien zu. Aus den eingereichten Stellungnahmen ging hervor, dass Schnittstellenprobleme von unterschiedlich eingesetzten EDV-Systemen für die Abweichungen verantwortlich waren. Die betroffenen Krankenhäuser haben diesbezüglich bereits Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Die fehlerhaften Dokumentationsraten wurden entsprechend als fehlerhafte Dokumentation jeweils mit „A 40“ bewertet.

Wie bereits in den Vorjahren wurde neben der Prüfung der Vollzähligkeit für alle herzchirurgischen Leistungsbereiche gemeinsam auch die Vollzähligkeit der sogenannten Zählleistungsbereiche *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt endovaskulär* und *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt transapikal* überprüft. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dabei die Dokumentationsqualität etwas verbessert. Die Anzahl der Krankenhäuser mit rechnerisch auffälligem Ergebnis war zwar ähnlich wie im Vorjahr, allerdings sind die jeweiligen Dokumentationsraten angestiegen.

5.2.2. Transplantationen und Lebendspenden

Sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden erfolgt eine Überprüfung der Indexleistung anhand der Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation. Da hier auch die Follow-up-Ergebnisse der Patienten nach ein, zwei und drei Jahren dokumentiert werden, wurden diese auch bei der Überprüfung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Seit dem Erfassungsjahr 2011 wird außerdem in allen Leistungsbereichen der Transplantationsmedizin die Häufigkeit der Angabe „Status unbekannt“⁵ überprüft.

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

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

In Tabelle 40 ist der Umfang des Strukturierten Dialogs zur Vollzähligkeit über alle transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche dargestellt. Detaillierte Darstellungen zu den einzelnen Leistungsbereichen sind im Anhang aufgeführt.

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2011 zeigt sich insbesondere im Bereich der Follow-up-Daten ein deutlicher Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten. Besonders bei den Lebendspenden ist eine Verbesserung sichtbar. Im Erfassungsjahr 2011 waren 15 Krankenhäuser im Leistungsbereich *Leberlebenspende* und 59 im Leistungsbereich *Nierenlebenspende* rechnerisch auffällig, da sie häufig einen unbekanntem Follow-up-Status dokumentiert hatten. Im Erfassungsjahr 2012 gab es bei diesen Auffälligkeitskriterien keine rechnerischen Auffälligkeiten. Auch die Ergebnisse der Follow-up-Dokumentationsraten haben sich in fast allen Leistungsbereichen für alle drei Follow-up-Jahre verbessert. Im Leistungsbereich *Lebertransplantation* hat sich die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten aber geringfügig erhöht (2011: n = 21; 2012: n = 24).

⁵ Als Status unbekannt wurden dabei alle Datensätze gewertet, in denen das Datenfeld „Patient verstorben“ (bei den Transplantationen) bzw. „Spender verstorben“ (bei den Lebendspenden) mit „9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich“ beantwortet wurde.

Tabelle 40: Transplantationen und Lebendspenden

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme
Unterdokumentation	4	4	15	15
Überdokumentation	4	4	6	6
Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up	31	9	42	42
Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up	34	20	32	32
Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up	28	15	50	50
Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	3	2	32	31
Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	10	9	44	43
Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	11	10	49	47
Gesamt	125	73	270	266

Auswirkung der Worst-Case-Analyse bei den Qualitätsindikatoren auf die Auffälligkeitskriterien

In einer gemeinsamen Sitzung mit Vertretern aus den Transplantations-Bundesfachgruppen wurde beschlossen, die Überlebensraten ein, zwei und drei Jahre nach der Transplantation bzw. Lebendspende (Follow-up) beginnend mit dem Erfassungsjahr 2012 als sogenannte Worst-Case-Analysen über Indikatoren auszuweisen. Neben den Patienten, die tatsächlich verstorben sind, werden nun auch die Patienten, zu denen keine Informationen bezüglich des Überlebens vorliegen, als verstorben gezählt. Mit Einführung dieses Indikators bzw. der Indikatorengruppe sollen die Einrichtungen für ihre zum Teil niedrigen Dokumentationsraten in Bezug auf die Nachbeobachtung sensibilisiert und letztlich die Nachsorgebemühungen intensiviert werden.

Aufgrund der Worst-Case-Analyse bei den Überlebensraten kam es zu Überschneidungen bei den rechnerischen Auffälligkeiten der Indikatoren und der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Beispielsweise wurde ein Krankenhaus bei der Dokumentationsrate des 1-Jahres-Follow-up rechnerisch auffällig, wenn weniger als 95,0 % der Datensätze geliefert wurden. Gleichzeitig konnte es zu einer rechnerischen Auffälligkeit beim Worst-Case-Indikator zum 1-Jahres-Überleben kommen, da hier die nicht dokumentierten Fälle als Todesfall gewertet wurden. Um den Strukturierten Dialog nicht zweimal zum gleichen Sachverhalt führen zu müssen, wurde in diesen Fällen bezüglich der rechnerischen Auffälligkeit bei dem Auffälligkeitskriterium der Hinweis versandt, dass der Strukturierte Dialog zur rechnerischen Auffälligkeit beim entsprechenden Worst-Case-Indikator geführt wird. In den Leistungsbereichen *Leberlebendspende* und *Nierenlebendspende* traf dies auf alle rechnerischen Auffälligkeiten der Auffälligkeitskriterien zu, da der Referenzbereich des jeweils entsprechenden Worst-Case-Indikators als Sentinel-Event definiert ist.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

Die Ursachen für die Abweichungen ergaben sich in einem Krankenhaus durch den Einsatz von zwei verschiedenen EDV- gestützten Dokumentationssystemen. Die Einrichtung hatte das Problem bereits erkannt und Optimierungsmaßnahmen eingeleitet. In den anderen Krankenhäusern konnten aufgrund organisatorischer Probleme nicht alle Daten fristgerecht exportiert werden. Häufigere Mitarbeiterschulungen hinsichtlich der Exportüberwachung wurden initialisiert.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Nach Überprüfung der eingereichten Antworten konnten alle Fälle auf tatsächliche Dokumentations- und Softwarefehler zurückgeführt werden. Die betroffenen Krankenhäuser haben ihre Softwaresysteme überprüft und entsprechend angepasst.

Auffälligkeitskriterien zur Follow-up-Dokumentation

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

- organisatorische Probleme bei der Durchführung der Follow-up-Untersuchungen
 - vor allem bei ausländischen Patienten ist es schwierig, Informationen zur Nachsorge zu erhalten
 - der Überlebensstatus des Patienten konnte nicht ermittelt werden, weil die Patienten die Nachuntersuchung nicht im Transplantationszentrum durchführen lassen
 - Patienten nehmen die Nachsorgetermine aufgrund von zu weiten Anfahrtswegen oder Auslandsaufenthalten nicht wahr
 - es war bislang nicht bekannt, dass für die Follow-up-Dokumentation die Untersuchungsergebnisse der Patienten auch aus anderen Einrichtungen verwendet werden können
 - trotz Bemühungen konnten keine Informationen zu dem Überlebensstatus des Patienten ermittelt werden
- Struktur- und Prozessmängel: die Voraussetzung für die Durchführung der Dokumentation und die Organisation der notwendigen Prozesse waren nicht bzw. nicht in ausreichender Form etabliert
 - die EDV-technische Voraussetzungen für eine adäquate Nachsorgedokumentation waren nicht sichergestellt
 - Softwareprobleme
 - eine zeitgerechte Übermittlung der Datensätze konnte aufgrund fehlerhafter Dokumentationen und organisatorischer Probleme nicht gewährleistet werden
 - es wurde dokumentiert, aber die Daten wurden nicht rechtzeitig an das AQUA-Institut übersendet
 - krankheitsbedingter Ausfall der für die Übermittlung verantwortlichen Person
 - bei der Follow-up-Erhebung ist der Zeitraum für die Dateneingabe zu eng gefasst
 - es wurde als nicht nötig erachtet, den Datensatz zu übermitteln
- Dokumentationsfehler: unvollständige und fehlerhafte Dokumentation

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

- Etablierung einer zentralen Qualitätssicherungsstelle für die Koordination der Dokumentationen
- Etablierung eines verbesserten Algorithmus zur Datenpflege
- Sicherstellung der EDV-technischen Voraussetzungen
- Behebung der aufgetretenen Softwareprobleme
- Vermehrte Information der niedergelassenen Kollegen durch das Krankenhaus über die Wichtigkeit der Follow-up-Dokumentation
- zeitnahe und regelmäßige Rückfragen bei den niedergelassenen Kollegen, bei denen Nachsorgeinformationen zu den Patienten eingeholt werden
- Nutzung des vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellten Follow-up-Monitors als Erinnerungsservice, um die Abgabefristen einzuhalten
- quartalsweise Auswertung des vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellten Follow-up-Monitors

Weiterhin ist positiv zu vermerken, dass das Thema der korrekten und fristgerechten Follow-up-Dokumentation durch die Worst-Case-Analyse deutlich in den Fokus gerückt ist. Seit Jahren weisen die Bundesfachgruppen darauf hin, dass die Datenbasis bei der Follow-up-Erhebung noch nicht zufriedenstellend ist. Durch die Worst-Case-Analyse hat eine unvollständige Dokumentation erstmals direkten Einfluss auf die Indikatoren zum Überleben und setzt somit Anreize, Dokumentationsmängel zu beheben. Da eine korrekte und vollständige Datenbasis die unverzichtbare Grundlage einer effektiven Qualitätssicherung ist, ist diese Entwicklung zu begrüßen.

6. Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren wurden zeitgleich zur Datenvalidierung weitere 17.686 rechnerische Auffälligkeiten bearbeitet. In Tabelle 41 sind die Ergebnisse über alle Leistungsbereiche zusammengefasst dargestellt. Detailliertere Informationen und Auswertungen dazu sind im *Bericht zum Strukturierten Dialog 2013 – Erfassungsjahr 2012* zu finden.

Tabelle 41: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren

Strukturierter Dialog 2013 (EJ 2012)	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	17.686	100%
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	12	0,1%
Hinweise	7.459	42,2%
Stellungnahmen	10.168	57,5%
Sonstiges	47	0,2%
Weiterführende Maßnahmen (pro QI)		
Anlass für Besprechung	278	-
Anlass für Begehung	43	-
Zielvereinbarung	714	-
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten		
Hinweise [H20/H99]	7.245	41,0%
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U99]	6.401	36,2%
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.805	10,2%
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.838	10,4%
Sonstiges [S90/S91/S99]	397	2,2%

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

In Tabelle 42 sind die Indikatoren aufgeführt, bei denen auf Basis der Bewertungen und Kommentare am häufigsten Dokumentationsprobleme ausgetreten sind. In der Spalte „Kommentare“ sind nur die Kommentare gezählt, die bei allen anderen Bewertungen außer den Einstufungen D50, D51 und D99 aufgeführt waren. Die Spalte „Gesamt“ gibt an, in wie vielen Krankenhäusern bundesweit im Rahmen des Strukturierten Dialogs Dokumentationsprobleme bei diesen Indikatoren festgestellt wurden. Die Probleme reichen dabei von einzelnen Erfassungsfehlern bis hin zu tatsächlichen Dokumentationsfehlern.

Tabelle 42: Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich – QI-ID – QI-Bezeichnung	D50	D51	D99	Kommentare	Gesamt
PNEU – 50722 – Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	118	1	0	38	157
PNEU – 2028 – Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	90	0	1	20	111
17/2 – 1082 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	76	0	2	16	94
09/4 – 50005 – Leitlinienkonforme Systemwahl	54	2	1	26	83
17/2 – 2223 – Postoperative Beweglichkeit: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	67	0	0	12	79
PNEU – 2005 – Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	56	0	0	8	64
18/1 – 2162 – Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei Mastektomie	47	1	0	7	55
18/1 – 2131 – Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltender Therapie	36	3	0	7	46
09/4 – 50004 – Leitlinienkonforme Indikation	30	4	1	11	46
17/5 – 276 – Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	37	0	2	6	45
18/1 – 303 – Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung	38	2	1	2	43
21/3 – 12773 – Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts	33	1	3	6	43
17/1 – 2277 – Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	25	0	0	18	43
PNEU – 2018 – Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	30	0	0	11	41
DEK – 2118 – Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme	27	0	1	13	41

Sehr häufig wurde angegeben, dass die notwendigen Informationen zwar in der Patientenakte vorlagen, aber nicht für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden. Das betrifft vor allem den Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie* bei den Indikatoren zur Bestimmung der Atemfrequenz und den klinischen Stabilitätskriterien. Auch im Leistungsbereich *Mammachirurgie* zeigte sich, dass die Angabe zum Sicherheitsabstand oft nicht in die QS-Dokumentation übernommen wurde. Außerdem wurde bei einer Vollremission nach neoadjuvanter Therapie der Sicherheitsabstand häufig falsch dokumentiert. Beim Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2“ im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur* konnte die Einstufung der Patienten in die Gruppe ASA 1 bzw. ASA 2 durch die Krankenhäuser von den Fachgruppen auf Landesebene in mehreren Fällen nicht nachvollzogen werden. Die Krankenhäuser wurden zur Überprüfung aufgefordert.

Als Erklärung der Anfälligkeit der Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikation“ und „Leitlinienkonforme Systemwahl“ aus dem Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation* für Dokumentationsfehler wird häufig angeführt, dass es sich um komplexe Indikatoren handelt, zu deren Berechnung relativ viele Datenfelder ausgewertet werden. Eine Reduktion der Komplexität wäre jedoch nicht sachgerecht, da durch beide Indikatoren klinische Entscheidungsprozesse abgebildet werden, denen man mit simplen oder pauschalen

Bewertungen nicht gerecht wird. Hier ist eine differenzierte Bewertung erforderlich, die ohne adäquate Informationsbasis nicht zu realisieren ist.

Die Auswertung der Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren hinsichtlich aufgetretener Dokumentationsprobleme wird gemeinsam mit der Projektgruppe Datenvalidierung bei der Auswahl der Leistungsbereiche für die Datenvalidierung 2015 zum Erfassungsjahr 2014 berücksichtigt werden.

7. Schlussfolgerung und Ausblick

Im Rahmen des Datenvalidierungsverfahrens konnten die Daten des Bundesdatenpools 2012 für die Leistungsbereiche *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*, *Geburtshilfe*, *Herztransplantation* und *Lebertransplantation* nicht nur erfolgreich hinsichtlich ihrer Datenvalidität geprüft werden. Durch den Einsatz von Auffälligkeitskriterien bei der Statistischen Basisprüfung konnten zudem Probleme bezüglich der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern geklärt werden. Sofern Dokumentationsfehler vorlagen, wurden von den Krankenhäusern Maßnahmen zur künftigen Vermeidung eingeleitet. Diese reichten von der Schulung der Krankenhausmitarbeiter bis hin zum Wechsel des Softwareanbieters.

Die Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs hat darüber hinaus gezeigt, welche der erstmals eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Verstetigung geeignet sind. So wurden in den Leistungsbereichen *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* 4 der 5 erstmalig eingesetzten und bei *Geburtshilfe* sogar alle neu eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Verstetigung empfohlen.

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

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

Zusätzlich zu der umfassenden Datenvalidierung erfolgte erneut eine Überprüfung der Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung). Durch die Anwendung der verstetigten Auffälligkeitskriterien konnten sowohl bei den indirekten als auch bei den direkten Verfahren rechnerische Auffälligkeiten in der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern geklärt werden. War die rechnerische Auffälligkeit durch Fehler in den QS-Daten begründet, so wurden von den Krankenhäusern bereits Optimierungsmaßnahmen eingeleitet. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der verstetigten Auffälligkeitskriterien auf Anpassung bzw. Zuverlässigkeit. Resultierend daraus ergab sich für die Datenvalidierung 2014 zum Erfassungsjahr 2013 eine Reihe von Änderungen. Diese sehen sowohl Modifikationen bei einigen Auffälligkeitskriterien vor, aber auch eine momentane Aussetzung oder sogar den generellen Verzicht auf eine erneute Anwendung bestimmter Auffälligkeitskriterien.

Darüber hinaus wurden die gelieferten Datensätze auch in Bezug auf ihre Vollzähligkeit geprüft. Bei fast allen angewendeten Auffälligkeitskriterien zeigt sich eine positive Entwicklung. Die Dokumentationsraten haben sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert. Die zum Erfassungsjahr 2012 verschärfte Sanktionsregelung stellt für die Krankenhäuser einen wirkungsvollen Anreiz für eine vollzählige Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung dar. Die Notwendigkeit einer Fortführung der aufwendigen Vollzähligkeitsprüfung wird durch die Projektgruppe Datenvalidierung evaluiert und im G-BA beraten werden.

Auch im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren wurden Mängel bei der Dokumentationsqualität festgestellt. Die Gründe dafür reichen von einfachen Erfassungsfehlern über falsch verstandene oder fehlende Ausfüllhinweise bis hin zu mangelhafter Sorgfalt seitens der Krankenhäuser bei der Dokumentation für die externe Qualitätssicherung. Die Ergebnisse werden gemeinsam mit der Projektgruppe Datenvalidierung beraten und werden bei der Auswahl der Leistungsbereiche für die Datenvalidierung 2015 zum Erfassungsjahr 2014 berücksichtigt.

Im Rahmen der Umsetzung der einzelnen Elemente der Datenvalidierung zeigten sich folgende Anknüpfungspunkte für Verbesserungen:

- Das Verständnis der Krankenhäuser über das Vorgehen bei der Datenvalidierung ist teilweise sehr gering. Besonders bei den Auffälligkeitskriterien fällt es einigen Betroffenen schwer, zu verstehen, was der Grund für die Anfrage von der LQS oder vom AQUA-Institut ist. Dass der Fokus nicht auf der medizinischen Leistung liegt, sondern auf den dokumentierten Informationen, ist oft nicht verständlich. Um diesen Aspekt deutlicher herauszustellen, wird die Darstellung des Verfahrens der Datenvalidierung auf der Webseite www.sgg.de überarbeitet. Analog zu den Qualitätsindikatoren wird für jeden Leistungsbereich eine Beschreibung der Auffälligkeitskriterien öffentlich abrufbar sein. Neben der verbesserten öffentlichen Darstellung ist es aber unerlässlich, auch die Art der Anfrage an das Krankenhaus zu optimieren. Bei der Aufforderung zur Stellungnahme muss dem Krankenhaus deutlich gemacht werden, um was es konkret geht und was geprüft werden soll. Dafür wird die Abstimmung zwischen der Projektgruppe Datenvalidierung, den LQS und dem AQUA-Institut intensiviert.
- Bei der Evaluation der verstetigten Auffälligkeitskriterien und der Entscheidung über eine Fortführung der Anwendung zeigte sich, dass beispielsweise im Leistungsbereich *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* das aktuelle Kriterium als nicht zielführend bewertet wird. Es wurden auch bereits Ideen für ein geeigneteres Kriterium formuliert. Da die Änderungen aber über eine Modifikation des bestehenden Kriteriums hinausgingen und es ein grundlegend neuer Vorschlag gewesen wäre, konnte die Idee nicht umgesetzt werden, da dafür aktuell der rechtliche Rahmen noch nicht geklärt ist. Der Wortlaut der QSKH-Richtlinie ist diesbezüglich nicht eindeutig und sieht die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien nur für Leistungsbereiche vor, die im Rahmen der umfassenden Datenvalidierung überprüft werden. Die Thematik wurde bereits an das zuständige Gremium im Gemeinsamen Bundesausschuss weitergegeben. Aus Sicht der Projektgruppe Datenvalidierung sollte die Möglichkeit geschaffen werden, zu jedem Zeitpunkt offensichtlich notwendige Auffälligkeitskriterien für einen Leistungsbereich entwickeln und anwenden zu können.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
Basisauswertung	Auswertung der grundlegenden Angaben zu einem Leistungsbereich (Angaben zu Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauer, Diagnostik, Therapie usw.).
Basisprüfung, statistische	Statistische Analyse der gelieferten QS-Daten der Leistungserbringer nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien (Plausibilität, Vollständigkeit, Vollzähligkeit). Zielt zusammen mit dem Strukturierten Dialog darauf ab, fehlerhafte, unvollständige und unvollzählige Dokumentationen in den QS-Daten zu identifizieren und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität zu initiieren.
Bundesdatenpool	Zusammenführung aller bundesweit dokumentierten QS-Daten.
Bundesfachgruppen	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
Datenbasis	Im Einzelfall festzulegende bzw. festgelegte Gesamtmenge von auszuwertenden bzw. ausgewerteten Daten.
Datenfeld	Kleinste Einheit eines Dokumentationsbogens.
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Datenvalidierungsverfahren	Verfahren zur Überprüfung von QS-Daten einerseits auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität (statistische Basisprüfung), andererseits auf ihre Übereinstimmung (Konkordanz) mit einer Referenzquelle wie bspw. der Krankenakte (Stichprobenverfahren mit Datenabgleich).
Dokumentation	<i>siehe</i> : QS-Dokumentation
Dokumentationsqualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines Leistungsbereichs, die durch die Größen Korrektheit (Übereinstimmung mit den Daten der Patientenakte), Vollständigkeit (einzelner Datensätze) und Vollzähligkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Dokumentationsrate	Das Verhältnis dokumentierter Fälle im Verhältnis zu allen dokumentationspflichtigen Fällen. <i>Siehe auch</i> : Vollzähligkeit.
Fallzahl	Anzahl von behandelten Patienten, z.B. in einem Leistungsbereich in einem Krankenhaus.
Follow-up	<i>auch</i> : Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Versorgungsleistungen, deren Qualität (z.B. ein Behandlungserfolg) nicht einmalig, sondern zu unterschiedlichen weiteren Zeitpunkten gemessen wird. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Begriff	Erläuterung
Indikator	„Anzeiger“. <i>Auch</i> : Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Qualität einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung, die sich auf das Behandlungsergebnis von Patienten auswirkt. Qualitätsindikatoren bilden Qualität indirekt, d.h. in Zahlen bzw. als Zahlenverhältnis ab. Ein Qualitätsindikator ermöglicht es also, ein Qualitätsziel in eine Zahl zu „übersetzen“.
Leistungsbereich	<i>hier</i> : Leistungsbereich der gesetzlichen Qualitätssicherung (<i>auch</i> : QS-Verfahren). Medizinischer Themen- oder Behandlungsbereich, der im Rahmen der bundesweiten Qualitätssicherung dokumentationspflichtig ist.
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. §108 SGB V genutzt.
Minimaldatensatz	Wenn in der klinischen Praxis Konstellationen auftreten, in denen ein Fall durch den QS-Filter ausgelöst wird, obwohl der Datensatz des entsprechenden Leistungsbereichs nicht für die Dokumentation geeignet ist, kann ein Ersatzdatensatz mit minimalen Angaben ausgefüllt werden.
Observed to Expected Ratio (O/E)	Das Verhältnis aus der beobachteten (O = observed) und der erwarteten (E = expected) Rate ist ein für die Risikoadjustierung wichtiger Wert. Der Wert O ist die Rate (Quotient) aus den tatsächlich beobachteten Ereignissen („roh“, d.h. ohne Risikoadjustierung) und der Grundgesamtheit der Fälle im betreffenden Erfassungsjahr. Der Wert für die erwartete Rate E ergibt sich als Verhältnis der erwarteten Ereignisse und der Grundgesamtheit der Fälle des Erfassungsjahres. Zur Berechnung des Risikoprofils werden Regressionsmodelle herangezogen, die auf Daten des Vorjahres zurückgreifen. Ein O/E-Wert von 1,20 bedeutet, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 20 % größer ist als die erwartete Rate. Umgekehrt bedeutet ein O/E-Wert von 0,90, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 10% kleiner ist als die erwartete. Der O/E-Wert ist dimensionslos und wird mit zwei Nachkommastellen angegeben.
QS-Auslösung	Initiierung einer Dokumentation zu Zwecken der Qualitätssicherung.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung. Die QS-Dokumentationen durch die Leistungserbringer ist das derzeit wichtigste Erhebungsinstrument der Qualitätssicherung.
QS-Filter	Der QS-Filter ist eine Software, die auf Grundlage festgelegter Kriterien (zumeist Abrechnungsdaten, z.B. §301 Daten) die für die Qualitätssicherung zu dokumentierenden Patienten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
QS-Software	Implementierung der Spezifikation für den QS-Filter.
QS-Verfahren	<i>siehe</i> : Leistungsbereich.
Qualitätsindikator	<i>siehe</i> : Indikator.
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. <i>Hier</i> : Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§135-139 SGB V.
externe stationäre ~	Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für medizinisch-pflegerische Leistungen, die ausschließlich im stationären Sektor erbracht werden.

Begriff	Erläuterung
Qualitätsziel	Definition konkreter Anforderungen an den Inhalt, die Ausführung oder das Ergebnis einer medizinisch-pflegerischen Leistung. Anhand der Indikatorwerte bzw. unter Anlegung der Referenzbereiche lässt sich ermitteln, ob und in welchem Umfang Einrichtungen des Gesundheitswesens die definierten Qualitätsziele erreichen.
Rechenregeln	Definierte Regeln zur Berechnung von Indikatoren.
Referenzbereich	Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Indikators für erreichbar gute Qualität an. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Der Referenzbereich kann auch als „Unauffälligkeitbereich“ bezeichnet werden.
Sollstatistik	Angabe der Gesamtanzahl sowie der Anzahl der zu dokumentierenden Fälle eines Krankenhauses pro Leistungsbereich. Diese wird am Ende des Erfassungsjahres gemäß der Spezifikation zum QS-Filter von den Krankenhäusern generiert und durch eine Konformitätserklärung schriftlich bestätigt. Sie bildet die Basis für die Berechnung der für das Erfassungsjahr zu erwartenden Summe an Datensätzen sowie für die Vollzähligkeitsprüfung im Rahmen der Datenvalidierung.
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Datenfelder der QS-Dokumentation wie erhoben werden, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen, (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die Dokumentationspflicht ausgelöst wird (siehe QS-Auslösung). Im Rahmen der Neuentwicklung von QS-Verfahren ist die Spezifikation als das Ergebnis der informationstechnischen Aufbereitung zu betrachten.
Strukturierter Dialog	Instrument der Qualitätsförderung. Strukturiertes Verfahren, das Einrichtungen bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators im Rahmen der Statistischen Basisprüfung der übermittelten QS-Daten (QSKH-RL). Abweichend von der Definition in der QSKH-RL bezeichnet der Begriff „Strukturierter Dialog“ in der Qesü-RL nur den Prozessschritt, der dem schriftlichen Teil der Durchführung von QS-Maßnahmen folgt.
Verfahren	<i>siehe</i> : Leistungsbereich.
direkte ~	<i>auch</i> : Bundesbezogene Verfahren. Medizinische Leistungsbereiche, bei denen die vergleichende Qualitätssicherung aufgrund geringer absoluter Fallzahlen oder der kleinen Anzahl durchführender Einrichtungen direkt auf Bundesebene durchgeführt wird. Dies betrifft derzeit vor allem einige herzchirurgische Eingriffe und weite Teile der Transplantationsmedizin.
indirekte ~	<i>auch</i> : Landesbezogene Verfahren. Medizinische Leistungsbereiche, bei denen die Qualitätssicherung indirekt, d.h. über die Länder (Landesgeschäftsstellen oder beauftragte Annahmestellen), abgewickelt wird.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.