



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bericht zur Datenvalidierung 2019 (nach QSKH-RL)

Erfassungsjahr 2018. Anhang

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Juni 2020

Impressum

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2019 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2018. Anhang

Ansprechpartnerin:

Anna Maria Steinmann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. Juni 2020

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
1 Gezielter Datenabgleich	6
1.1 Gezielter Datenabgleich 09n2 HSM-AGGW	6
1.2 Gezielter Datenabgleich 17n1-HÜFT-FRAK	20
1.3 Gezielter Datenabgleich HCH-KCH	64
2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	103
2.1 Stichprobenverfahren NEO	103
2.2 Stichprobenverfahren HTXM-MKU	139
3 Relevante Ereignisse, deren Unterdokumentation einen gezielten Datenabgleich auslösen (Relevanzkriterien)	167
3.1 Auswertungsmodul NEO	167
3.2 Auswertungsmodul HTXM-MKU	168
4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	170
5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	187
5.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation.....	192
5.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation	202
5.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz	212
5.4 Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate im Follow-up	220

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte relevante Ereignisse für das QS-Verfahren NEO auf Grundlage des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018)	167
Tabelle 2: Ausgewählte relevante Ereignisse für das Auswertungsmodul HTXM-MKU auf Grundlage des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018)	168
Tabelle 3: Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018 nach QS-Verfahren	170
Tabelle 4: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018	174
Tabelle 5: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018.....	178
Tabelle 6: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018.....	183
Tabelle 7: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018.....	185
Tabelle 8: Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Vollzähligkeit zum EJ 2018 nach QS-Verfahren	187
Tabelle 9: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018	192
Tabelle 10: Bewertungen nach dem Strukturiertem Dialog pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018	195
Tabelle 11: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018	198
Tabelle 12: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018	200
Tabelle 13: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018	202
Tabelle 14: Bewertungen nach dem Strukturiertem Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018.....	205
Tabelle 15: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018	208
Tabelle 16: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018	210
Tabelle 17: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018	212
Tabelle 18: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018.....	214
Tabelle 19: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018	216
Tabelle 20: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018	218

Tabelle 21: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-up zum EJ 2018	220
Tabelle 22: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-up zum EJ 2018	222

1 Gezielter Datenabgleich

Erläuterung zu den Kreuztabellen:

- „Keine Angabe“ in der Patientenakte bedeutet, dass bei der Datenvalidierung aufgrund der Angabe im Filterfeld dieses Datenfeld nicht ausgefüllt werden musste.
- „Keine Angabe („nein“)" bedeutet, dass es nur die Antwortmöglichkeit ja gab.

Erläuterung zu den Übersichtstabellen:

- „Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)" bedeutet, dass das Datenfeld in der QS-Dokumentation leer gelassen werden konnte (z. B. aufgrund von Plausibilitätsregeln) und deshalb diese Fälle als Übereinstimmung gewertet werden.

1.1 Gezielter Datenabgleich 09n2 HSM-AGGW

1.1.1 Übersicht Datenfeld Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff (DF 16) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	19	16,52 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	86	74,78 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	10	8,70 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	86/115	74,78 %
Abweichungsrate	29/115	25,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	70,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	30,00 %

1.1.2 Kreuztabelle Datenfeld Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff (DF 16) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					Gesamt
		1: stationär, eigene Institution	2: stationär, andere Institution	3: stationersetzend/ambulant, eigene Institution	4: stationersetzend/ambulant, andere Institution	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: stationär, eigene Institution	53	5	1	0	1	60
	2: stationär, andere Institution	4	33	0	0	18	55
	3: stationersetzend/ambulant, eigene Institution	0	0	0	0	0	0
	4: stationersetzend/ambulant, andere Institution	0	0	0	0	0	0
Gesamt		57	38	1	0	19	115
Fehldokumentationsrate: 25,22 % (29/115)							

1.1.3 Übersicht Datenfeld Dauer des Eingriffs (DF 19) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	111	96,52 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	3,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	111/115	96,52 %
Abweichungsrate	4/115	3,48 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	30,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	70,00 %

1.1.4 Übersicht Datenfeld System (DF 20) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	112	97,39 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	2,61 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	112/115	97,39 %
Abweichungsrate	3/115	2,61 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	10,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9	90,00 %

1.1.5 Kreuztabelle Datenfeld System (DF 20) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert							Gesamt
		1: VVI	2: AAI	3: DDD	4: VDD	5: CRT-System mit einer Vorhofsonde	6: CRT-System ohne Vorhofsonde	9: sonstiges	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: VVI	20	0	0	0	0	0	0	20
	2: AAI	0	1	0	0	0	0	0	1
	3: DDD	0	0	89	0	0	0	0	89
	4: VDD	0	0	0	1	0	0	0	1
	5: CRT-System mit einer Vorhofsonde	0	0	0	0	1	0	0	1
	6: CRT-System ohne Vorhofsonde	0	0	0	0	0	0	0	0
	9: sonstiges	1	0	2	0	0	0	0	3
Gesamt	21	1	91	1	1	0	0	115	
Fehldokumentationsrate: 2,61 % (3/115)									

1.1.6 Übersicht Datenfeld Reizschwelle (DF 21.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	72	91,14 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	8,86 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	79	100,00 %
Übereinstimmungsrate	72/79	91,14 %
Abweichungsrate	7/79	8,86 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	55,56 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	44,44 %

1.1.7 Übersicht Datenfeld Reizschwelle nicht gemessen (DF 21.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	92,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	7,14 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	14	100,00 %
Übereinstimmungsrate	13/14	92,86 %
Abweichungsrate	1/14	7,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	16,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	83,33 %

1.1.8 Kreuztabelle Datenfeld Reizschwelle nicht gemessen (DF 21.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		9: aus anderen Gründen	1: wegen Vorhofflimmerns	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	9: aus anderen Gründen	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	1: wegen Vorhofflimmerns	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	13	13	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/13)
	Keine Angabe	0	1	1	
	Gesamt	0	14	14	
		Sensitivität (0/0) = -	Spezifität (13/14) = 92,86 %		
Fehldokumentationsrate 7,14 % (1/14)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/14)		

1.1.9 Übersicht Datenfeld P-Wellen-Amplitude (DF 22.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	75	89,29 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	9	10,71 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	84	100,00 %
Übereinstimmungsrate	75/84	89,29 %
Abweichungsrate	9/84	10,71 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	44,44 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	55,56 %

1.1.10 Übersicht Datenfeld P-Wellen-Amplitude nicht gemessen (DF 22.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	8	88,89 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	11,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	9	100,00 %
Übereinstimmungsrate	8/9	88,89 %
Abweichungsrate	1/9	11,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	16,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	83,33 %

1.1.11 Kreuztabelle Datenfeld P-Wellen-Amplitude nicht gemessen (DF 22.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		1: wegen Vorhofflimmerns	2: fehlender Vorhofeigenrhythmus	9: aus anderen Gründen	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: wegen Vorhofflimmerns	3	0	0	3
	2: fehlender Vorhofeigenrhythmus	0	3	0	3
	9: aus anderen Gründen	0	0	2	2
	Keine Angabe	0	0	1	1
Gesamt		3	3	3	9
Fehldokumentationsrate 11,11 % (1/9)					

1.1.12 Übersicht Datenfeld Reizschwelle (DF 23.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	106	93,81 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	6,19 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	113	100,00 %
Übereinstimmungsrate	106/113	93,81 %
Abweichungsrate	7/113	6,19 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	40,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	6	60,00 %

1.1.13 Übersicht Datenfeld Reizschwelle nicht gemessen (DF 23.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	100,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1	100,00 %
Übereinstimmungsrate	0/1	0,00 %
Abweichungsrate	1/1	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.1.14 Kreuztabelle Datenfeld Reizschwelle nicht gemessen (DF 23.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	1	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (1/1)
	Gesamt	1	0	1	
		Sensitivität (0/1) = 0 %	Spezifität (0/0) = -		
Fehldokumentationsrate 100 % (1/1)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 100 % (1/1)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)		

1.1.15 Übersicht Datenfeld R-Amplitude (DF 24.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	82	89,13 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	10	10,87 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	92	100,00 %
Übereinstimmungsrate	82/92	89,13 %
Abweichungsrate	10/92	10,87 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	80,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	20,00 %

1.1.16 Übersicht Datenfeld R-Amplitude nicht gemessen (DF 24.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	90,91 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	9,09 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	22	100,00 %
Übereinstimmungsrate	20/22	90,91 %
Abweichungsrate	2/22	9,09 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	10,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9	90,00 %

1.1.17 Kreuztabelle Datenfeld R-Amplitude nicht gemessen (DF 24.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		9: aus anderen Gründen	1: kein Eigenrhythmus		
Ereignis für die QS dokumentiert	9: aus anderen Gründen	1	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	2	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 50 % (1/2)
	1: kein Eigenrhythmus	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	19	19	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/19)
	Keine Angabe	0	1	1	
Gesamt		1	21	22	
		Sensitivität (1/1) = 100 %	Spezifität (19/21) = 90,48 %		
Fehldokumentationsrate 9,09 % (2/22)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 4,76 % (1/21)		

1.1.18 Übersicht Datenfeld Reizschwelle (DF 25.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1	100,00 %
Übereinstimmungsrate	1/1	100,00 %
Abweichungsrate	0/1	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	100,00 %

1.1.19 Übersicht Datenfeld Reizschwelle nicht gemessen (DF 25.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.1.20 Übersicht Datenfeld peri- bzw. postoperative Komplikation(en) (DF 26) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	115	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	115/115	100,00 %

	Anzahl	Anteil
Abweichungsrate	0/115	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	10	100,00 %

1.1.21 Kreuztabelle Datenfeld peri- bzw. postoperative Komplikation(en) (DF 26) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	0: nein	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	115	115	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/115)
Gesamt		0	115	115	
		Sensitivität (0/0) = -	Spezifität (115/115) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/115)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/115)		

1.1.22 Übersicht Datenfeld kardiopulmonale Reanimation (DF 27.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.1.23 Übersicht Datenfeld interventionspflichtiges Taschenhämatom (DF 27.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.1.24 Übersicht Datenfeld postoperative Wundinfektion (DF 27.3) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.1.25 Übersicht Datenfeld sonstige interventionspflichtige Komplikation (DF 27.4) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-

	Anzahl	Anteil
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.1.26 Übersicht Datenfeld Entlassungsgrund (DF 29) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	115	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	115/115	100,00 %
Abweichungsrate	0/115	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	10	100,00 %

1.1.27 Kreuztabelle Datenfeld Entlassungsgrund (DF 29) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		07: Tod	99: lebend		
Ereignis für die QS dokumentiert	07: Tod	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	99: lebend	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	115	115	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/115)
	Gesamt	0	115	115	
		Sensitivität (0/0) = -	Spezifität (115/115) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/115)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/115)		

1.2 Gezielter Datenabgleich 17n1-HÜFT-FRAK

1.2.1 Übersicht Datenfeld Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus (DF 8) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	619	99,20 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	0,80 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	619/624	99,20 %
Abweichungsrate	5/624	0,80 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	12,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	28	87,50 %

1.2.2 Übersicht Datenfeld Frakturereignis (DF 12) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	623	99,84 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,16 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	623/624	99,84 %
Abweichungsrate	1/624	0,16 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	31	96,88 %

1.2.3 Kreuztabelle Datenfeld Frakturereignis (DF 12) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		2: ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	1: war Grund für die akut-stationäre Aufnahme	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	2: ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	13	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	13	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/13)
	1: war Grund für die akut-stationäre Aufnahme	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	610	611	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0,16 % (1/611)
Gesamt		14	610	624	
		Sensitivität (13/14) = 92,86 %	Spezifität (610/610) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0,16 % (1/624)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 7,14 % (1/14)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/610)		

1.2.4 Übersicht Datenfeld Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes) (DF 13) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	12	85,71 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	14,29 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	14	100,00 %
Übereinstimmungsrate	12/14	85,71 %
Abweichungsrate	2/14	14,29 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	15,38 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	11	84,62 %

1.2.5 Übersicht Datenfeld Zeitpunkt der Fraktur (DF 14) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	7,14 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	42,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	50,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	14	100,00 %
Übereinstimmungsrate	6/14	42,86 %
Abweichungsrate	8/14	47,14%
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	53,85 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	6	46,15 %

1.2.6 Übersicht Datenfeld Frakturlokalisierung (DF 15) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	604	96,79 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	3,21 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	604/624	96,79 %
Abweichungsrate	20/624	3,21 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	12	37,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	20	62,50 %

1.2.7 Kreuztabelle Datenfeld Frakturlokalisierung (DF 15) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		1: medial	2: lateral	3: petrochantär	9: sonstige	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: medial	63	2	1	0	66
	2: lateral	0	19	1	0	20
	3: petrochantär	1	1	510	0	512
	9: sonstige	1	3	10	12	26
Gesamt		65	25	522	12	624
Fehldokumentationsrate: 3,21 % (20/624)						

1.2.8 Übersicht Datenfeld Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen (DF 17) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	571	91,51 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	53	8,49 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	571/624	91,51 %
Abweichungsrate	53/624	8,49 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	21	65,62 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	11	34,38 %

1.2.9 Kreuztabelle Datenfeld Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen (DF 17) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	212	8 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	220	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 3,64 % (8/220)
	0: nein	45 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	359	404	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 11,14 % (45/404)
	Gesamt	257	367	624	
		Sensitivität (212/257) = 82,49 %	Spezifität (359/367) = 97,82 %		
Fehldokumentationsrate 8,49 % (53/624)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 17,51 % (45/257)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,18 % (8/367)		

1.2.10 Übersicht Datenfeld Vitamin-K-Antagonisten (DF 18.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	254	95,85 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	4,15 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	265	100,00 %
Übereinstimmungsrate	254/265	95,85 %
Abweichungsrate	11/265	4,15 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	21,88 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25	78,12 %

1.2.11 Kreuztabelle Datenfeld Vitamin-K-Antagonisten (DF 18.1) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	33	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	36	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 8,33 % (3/36)
	Keine Angabe (nein)	8 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	221	229	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 3,49 % (8/229)
	Gesamt	41	224	265	
		Sensitivität (33/41) = 80,49 %	Spezifität (221/224) = 98,66 %		
Fehldokumentationsrate 4,15 % (11/265)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 19,51 % (8/41)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 1,34 % (3/224)		

1.2.12 Übersicht Datenfeld Thrombozytenaggregationshemmer (DF 18.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	221	83,40 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	44	16,60 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	265	100,00 %
Übereinstimmungsrate	221/265	83,40 %
Abweichungsrate	44/265	16,60 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	18	56,25 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	43,75 %

1.2.13 Kreuztabelle Datenfeld Thrombozytenaggregationshemmer (DF 18.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	114	6 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	120	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 5 % (6/120)
	Keine Angabe (nein)	38 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	107	145	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 26,21 % (38/145)
	Gesamt	152	113	265	
		Sensitivität (114/152) = 75 %	Spezifität (107/113) = 94,69 %		
Fehldokumentationsrate 16,6 % (44/265)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (38/152)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 5,31 % (6/113)		

1.2.14 Übersicht Datenfeld DOAK/NOAK (DF 18.3) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	247	93,21 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	6,79 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	265	100,00 %
Übereinstimmungsrate	247/265	93,21 %
Abweichungsrate	18/265	6,79 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	28,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23	71,88 %

1.2.15 Kreuztabelle Datenfeld DOAK/NOAK (DF 18.3) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	57	7 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	64	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 10,94 % (7/64)
	Keine Angabe (nein)	11 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	190	201	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 5,47 % (11/201)
	Gesamt	68	197	265	
		Sensitivität (57/68) = 83,82 %	Spezifität (190/197) = 96,45 %		
Fehldokumentationsrate 6,79 % (18/265)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 16,18 % (11/68)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 3,55 % (7/197)		

1.2.16 Übersicht Datenfeld sonstige (DF 18.4) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	262	98,87 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	1,13 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	265	100,00 %
Übereinstimmungsrate	262/265	98,87 %
Abweichungsrate	3/265	1,13 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	9,38 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	29	90,62 %

1.2.17 Kreuztabelle Datenfeld sonstige (DF 18.4) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	3	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	6	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 50 % (3/6)
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	259	259	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/259)
	Gesamt	3	262	265	
		Sensitivität (3/3) = 100 %	Spezifität (259/262) = 98,85 %		
Fehldokumentationsrate 1,13 % (3/265)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/3)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 1,15 % (3/262)		

1.2.18 Übersicht Datenfeld Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) (DF 19) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	128	20,51 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	449	71,96 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	47	7,53 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	449/624	71,96 %
Abweichungsrate	175/624	28,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	78,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	21,88 %

1.2.19 Kreuztabelle Datenfeld Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) (DF 19) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		1: unbegrenzt (> 500m)	2: Gehen am Stück bis 500m möglich	3: auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)	4: im Zimmer mobil	5: immobil	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: unbegrenzt (> 500m)	147	6	0	0	0	26	179
	2: Gehen am Stück bis 500m möglich	12	120	4	2	1	38	177
	3: auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)	3	6	111	2	2	42	166
	4: im Zimmer mobil	2	0	2	55	2	17	78
	5: immobil	1	1	0	1	16	5	24
Gesamt		165	133	117	60	21	128	624
Fehldokumentationsrate: 28,04 % (175/624)								

1.2.20 Übersicht Datenfeld Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) (DF 20) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	536	85,90 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	88	14,10 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	536/624	85,90 %
Abweichungsrate	88/624	14,10 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	24	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	25,00 %

1.2.21 Kreuztabelle Datenfeld Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) (DF 20) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					Gesamt
		0: keine	1: Unterarmgehstützen/Gehstock	2: Rollator/Gehbock	3: Rollstuhl	4: bettlägerig	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: keine	264	3	21	2	1	291
	1: Unterarmgehstützen/Gehstock	10	44	1	0	0	55
	2: Rollator/Gehbock	33	2	198	7	1	241
	3: Rollstuhl	1	0	0	26	1	28
	4: bettlägerig	1	0	3	1	4	9
Gesamt		309	49	223	36	7	624
Fehldokumentationsrate: 14,1 % (88/624)							

1.2.22 Übersicht Datenfeld Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor? (DF 21) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	462	74,04 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	162	25,96 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	462/624	74,04 %
Abweichungsrate	162/624	25,96 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	78,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	21,88 %

1.2.23 Kreuztabelle Datenfeld Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor? (DF 21) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert							Gesamt
		0: nein, liegt nicht vor	1: ja, Pflegegrad 1	2: ja, Pflegegrad 2	3: ja, Pflegegrad 3	4: ja, Pflegegrad 4	5: ja, Pflegegrad 5	9: Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein, liegt nicht vor	220	2	9	2	5	0	21	259
	1: ja, Pflegegrad 1	4	10	3	1	0	0	1	19
	2: ja, Pflegegrad 2	0	0	64	7	1	0	4	76
	3: ja, Pflegegrad 3	1	0	6	63	1	0	4	75
	4: ja, Pflegegrad 4	1	0	0	1	29	1	1	33
	5: ja, Pflegegrad 5	0	0	0	0	0	3	0	3
	9: Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	27	1	24	26	7	1	73	159
Gesamt	253	13	106	100	43	5	104	624	
Fehldokumentationsrate: 25,96 % (162/624)									

1.2.24 Übersicht Datenfeld Einstufung nach ASA-Klassifikation (DF 22) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	24	3,85 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	537	86,06 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	63	10,10 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	537/624	86,06 %
Abweichungsrate	87/624	13,94 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	24	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	25,00 %

1.2.25 Kreuztabelle Datenfeld Einstufung nach ASA-Klassifikation (DF 22) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		1: normaler, gesunder Patient	2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: normaler, gesunder Patient	13	4	0	0	0	0	17
	2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	4	142	15	0	0	8	169
	3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	1	22	357	9	0	15	404
	4: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	0	0	8	25	0	1	34
	5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		18	168	380	34	0	24	624
Fehldokumentationsrate: 13,94 % (87/624)								

1.2.26 Übersicht Datenfeld Beginn des Eingriffs (DF 25) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	603	96,63 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	21	3,37 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	603/624	96,63 %
Abweichungsrate	21/624	3,37 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	21,88 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25	78,12 %

1.2.27 Übersicht Datenfeld Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? (DF 29) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	608	97,44 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	16	2,56 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	608/624	97,44 %
Abweichungsrate	16/624	2,56 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	28,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23	71,88 %

1.2.28 Kreuztabelle Datenfeld Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? (DF 29) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	12	6 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	18	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 33,33 % (6/18)
	0: nein	10 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	596	606	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 1,65 % (10/606)
Gesamt		22	602	624	
		Sensitivität (12/22) = 54,55 %	Spezifität (596/602) = 99 %		
Fehldokumentationsrate 2,56 % (16/624)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 45,45 % (10/22)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 1 % (6/602)		

1.2.29 Übersicht Datenfeld primäre Implantatfehlage (DF 30.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	28/28	100,00 %
Abweichungsrate	0/28	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	100,00 %

1.2.30 Kreuztabelle Datenfeld primäre Implantatfehlage (DF 30.1) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	28	28	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/28)
Gesamt		0	28	28	
		Sensitivität (0/0) = -	Spezifität (28/28) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/28)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/28)		

1.2.31 Übersicht Datenfeld sekundäre Implantatdislokation (DF 30.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	27	96,43 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	3,57 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	27/28	96,43 %
Abweichungsrate	1/28	3,57 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	7,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	13	92,86 %

1.2.32 Kreuztabelle Datenfeld sekundäre Implantatdislokation (DF 30.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	2	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	2	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/2)
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	25	26	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 3,85 % (1/26)
	Gesamt	3	25	28	
		Sensitivität (2/3) = 66,67 %	Spezifität (25/25) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 3,57 % (1/28)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 33,33 % (1/3)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/25)		

1.2.33 Übersicht Datenfeld OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom (DF 30.3) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	23	82,14 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	17,86 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	23/28	82,14 %
Abweichungsrate	5/28	17,86 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	21,43 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	11	78,57 %

1.2.34 Kreuztabelle Datenfeld OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom (DF 30.3) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	3	4 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	7	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 57,14 % (4/7)
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	20	21	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 4,76 % (1/21)
	Gesamt	4	24	28	
		Sensitivität (3/4) = 75 %	Spezifität (20/24) = 83,33 %		
Fehldokumentationsrate 17,86 % (5/28)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (1/4)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 16,67 % (4/24)		

1.2.35 Übersicht Datenfeld OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion (DF 30.4) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	28/28	100,00 %
Abweichungsrate	0/28	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	100,00 %

1.2.36 Kreuztabelle Datenfeld OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion (DF 30.4) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	28	28	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/28)
	Gesamt	0	28	28	
		Sensitivität (0/0) = -	Spezifität (28/28) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/28)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/28)		

1.2.37 Übersicht Datenfeld bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden (DF 30.5) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	28/28	100,00 %
Abweichungsrate	0/28	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	100,00 %

1.2.38 Kreuztabelle Datenfeld bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden (DF 30.5) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	1	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	27	27	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/27)
	Gesamt	1	27	28	
		Sensitivität (1/1) = 100 %	Spezifität (27/27) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/28)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/27)		

1.2.39 Übersicht Datenfeld Fraktur (DF 30.6) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	28/28	100,00 %
Abweichungsrate	0/28	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	100,00 %

1.2.40 Kreuztabelle Datenfeld Fraktur (DF 30.6) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	28	28	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/28)
	Gesamt	0	28	28	
		Sensitivität (0/0) = -	Spezifität (28/28) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/28)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/28)		

1.2.41 Übersicht Datenfeld reoperationspflichtige Wunddehiszenz (DF 30.7) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	28/28	100,00 %
Abweichungsrate	0/28	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	100,00 %

1.2.42 Kreuztabelle Datenfeld reoperationspflichtige Wunddehiszenz (DF 30.7) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	2	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	2	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/2)
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	26	26	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/26)
	Gesamt	2	26	28	
		Sensitivität (2/2) = 100 %	Spezifität (26/26) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/28)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/2)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/26)		

1.2.43 Übersicht Datenfeld reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder (DF 30.8) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	26	92,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	7,14 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	26/28	92,86 %
Abweichungsrate	2/28	7,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	14,29 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	12	85,71 %

1.2.44 Kreuztabelle Datenfeld reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder (DF 30.8) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	1	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (1/1)
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	26	27	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 3,7 % (1/27)
	Gesamt	1	27	28	
		Sensitivität (0/1) = 0 %	Spezifität (26/27) = 96,3 %		
Fehldokumentationsrate 7,14 % (2/28)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 100 % (1/1)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 3,7 % (1/27)		

1.2.45 Übersicht Datenfeld sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (DF 30.9) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	19	67,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	9	32,14 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	28	100,00 %
Übereinstimmungsrate	19/28	67,86 %
Abweichungsrate	9/28	32,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	28,57 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	10	71,43 %

1.2.46 Kreuztabelle Datenfeld sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (DF 30.9) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	4	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	5	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 20 % (1/5)
	Keine Angabe (nein)	8 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	15	23	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 34,78 % (8/23)
	Gesamt	12	16	28	
		Sensitivität (4/12) = 33,33 %	Spezifität (15/16) = 93,75 %		
Fehldokumentationsrate 32,14 % (9/28)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 66,67 % (8/12)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 6,25 % (1/16)		

1.2.47 Übersicht Datenfeld postoperative Wundinfektion (DF 31) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	623	99,84 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,16 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	623/624	99,84 %
Abweichungsrate	1/624	0,16 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	31	96,88 %

1.2.48 Kreuztabelle Datenfeld postoperative Wundinfektion (DF 31) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	2	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	3	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 33,33 % (1/3)
	0: nein	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	621	621	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/621)
Gesamt		2	622	624	
		Sensitivität (2/2) = 100 %	Spezifität (621/622) = 99,84 %		
Fehldokumentationsrate 0,16 % (1/624)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/2)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,16 % (1/622)		

1.2.49 Übersicht Datenfeld Wundinfektionstiefe (DF 32) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	3	100,00 %
Übereinstimmungsrate	2/3	66,6%
Abweichungsrate	1/2	33,3 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	33,3 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	66,6%

1.2.50 Kreuztabelle Datenfeld Wundinfektionstiefe (DF 32) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Kein Angabe	Gesamt
		1: A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	2: A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	3: A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	1	0	0		1
	2: A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	0	1	0	1	2
	3: A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	0	0	0		0
	Gesamt	1	1	0	1	3
Fehldokumentationsrate: 33,3 % (1/3)						

1.2.51 Übersicht Datenfeld Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (DF 34) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	587	94,07 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	37	5,93 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	587/624	94,07 %
Abweichungsrate	37/624	5,93 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	23	71,88 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9	28,12 %

1.2.52 Kreuztabelle Datenfeld Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (DF 34) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	78	15 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	93	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 16,13 % (15/93)
	0: nein	22 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	509	531	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 4,14 % (22/531)
	Gesamt	100	524	624	
		Sensitivität (78/100) = 78 %	Spezifität (509/524) = 97,14 %		
Fehldokumentationsrate 5,93 % (37/624)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 22 % (22/100)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,86 % (15/524)		

1.2.53 Übersicht Datenfeld Pneumonie (DF 35.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	109	94,78 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	5,22 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	109/115	94,78 %
Abweichungsrate	6/115	5,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	13,33 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	26	86,67 %

1.2.54 Kreuztabelle Datenfeld Pneumonie (DF 35.1) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	19	2 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	21	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 9,52 % (2/21)
	Keine Angabe (nein)	4 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	90	94	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 4,26 % (4/94)
	Gesamt	23	92	115	
		Sensitivität (19/23) = 82,61 %	Spezifität (90/92) = 97,83 %		
Fehldokumentationsrate 5,22 % (6/115)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 17,39 % (4/23)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,17 % (2/92)		

1.2.55 Übersicht Datenfeld behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) (DF 35.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	104	90,43 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	9,57 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	104/115	90,43 %
Abweichungsrate	11/115	9,57 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	30,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	21	70,00 %

1.2.56 Kreuztabelle Datenfeld behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) (DF 35.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	12	7 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	19	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 36,84 % (7/19)
	Keine Angabe (nein)	4 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	92	96	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 4,17 % (4/96)
	Gesamt	16	99	115	
		Sensitivität (12/16) = 75 %	Spezifität (92/99) = 92,93 %		
Fehldokumentationsrate 9,57 % (11/115)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (4/16)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 7,07 % (7/99)		

1.2.57 Übersicht Datenfeld tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose (DF 35.3) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	115	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	115/115	100,00 %
Abweichungsrate	0/115	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	30	100,00 %

1.2.58 Kreuztabelle Datenfeld tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose (DF 35.3) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	115	115	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/115)
	Gesamt	0	115	115	
		Sensitivität (0/0) = -	Spezifität (115/115) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/115)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/115)		

1.2.59 Übersicht Datenfeld Lungenembolie (DF 35.4) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	113	98,26 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	1,74 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	113/115	98,26 %
Abweichungsrate	2/115	1,74 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	6,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	28	93,33 %

1.2.60 Kreuztabelle Datenfeld Lungenembolie (DF 35.4) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	2	2 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	4	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 50 % (2/4)
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	111	111	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/111)
	Gesamt	2	113	115	
		Sensitivität (2/2) = 100 %	Spezifität (111/113) = 98,23 %		
Fehldokumentationsrate 1,74 % (2/115)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/2)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 1,77 % (2/113)		

1.2.61 Übersicht Datenfeld katheterassoziierte Harnwegsinfektion (DF 35.5) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	104	90,43 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	9,57 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	104/115	90,43 %
Abweichungsrate	11/115	9,57 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	30,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	21	70,00 %

1.2.62 Kreuztabelle Datenfeld katheterassoziierte Harnwegsinfektion (DF 35.5) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	23	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	26	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 11,54 % (3/26)
	Keine Angabe (nein)	8 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	81	89	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 8,99 % (8/89)
	Gesamt	31	84	115	
		Sensitivität (23/31) = 74,19 %	Spezifität (81/84) = 96,43 %		
Fehldokumentationsrate 9,57 % (11/115)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25,81 % (8/31)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 3,57 % (3/84)		

1.2.63 Übersicht Datenfeld Schlaganfall (DF 35.6) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	114	99,13 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,87 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	114/115	99,13 %
Abweichungsrate	1/115	0,87 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,33 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	29	96,67 %

1.2.64 Kreuztabelle Datenfeld Schlaganfall (DF 35.6) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	2	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	2	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/2)
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	112	113	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,88 % (1/113)
	Gesamt	3	112	115	
		Sensitivität (2/3) = 66,67 %	Spezifität (112/112) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0,87 % (1/115)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 33,33 % (1/3)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/112)		

1.2.65 Übersicht Datenfeld akute gastrointestinale Blutung (DF 35.7) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	114	99,13 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,87 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	114/115	99,13 %
Abweichungsrate	1/115	0,87 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,33 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	29	96,67 %

1.2.66 Kreuztabelle Datenfeld akute gastrointestinale Blutung (DF 35.7) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	Keine Angabe (nein)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	114	115	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0,87 % (1/115)
	Gesamt	1	114	115	
		Sensitivität (0/1) = 0 %	Spezifität (114/114) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0,87 % (1/115)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 100 % (1/1)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/114)		

1.2.67 Übersicht Datenfeld akute Niereninsuffizienz (DF 35.8) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	109	94,78 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	5,22 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	109/115	94,78 %
Abweichungsrate	6/115	5,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	6	20,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	24	80,00 %

1.2.68 Kreuztabelle Datenfeld akute Niereninsuffizienz (DF 35.8) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	8	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	11	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 27,27 % (3/11)
	Keine Angabe (nein)	3 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	101	104	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 2,88 % (3/104)
Gesamt		11	104	115	
		Sensitivität (8/11) = 72,73 %	Spezifität (101/104) = 97,12 %		
Fehldokumentationsrate 5,22 % (6/115)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 27,27 % (3/11)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,88 % (3/104)		

1.2.69 Übersicht Datenfeld sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (DF 35.9) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	98	85,22 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	17	14,78 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	115	100,00 %
Übereinstimmungsrate	98/115	85,22 %
Abweichungsrate	17/115	14,78 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	12	40,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	18	60,00 %

1.2.70 Kreuztabelle Datenfeld sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen (DF 35.9) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	26	7 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	33	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 21,21 % (7/33)
	Keine Angabe (nein)	10 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	72	82	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 12,2 % (10/82)
	Gesamt	36	79	115	
		Sensitivität (26/36) = 72,22 %	Spezifität (72/79) = 91,14 %		
Fehldokumentationsrate 14,78 % (17/115)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 27,78 % (10/36)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 8,86 % (7/79)		

1.2.71 Übersicht Datenfeld Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt? (DF 36) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	474	86,18 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	76	13,82 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	550	100,00 %
Übereinstimmungsrate	474/550	86,18 %
Abweichungsrate	76/550	13,82 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	20	62,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	12	37,50 %

1.2.72 Kreuztabelle Datenfeld Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt? (DF 36) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt	
		1: ja	0: nein	Keine Angabe		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	466	55 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	521	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 10,56 % (55/521)
	0: nein	19 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	6	0	25	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 76 % (19/25)
	Keine Angabe	2	0	2	4	
	Gesamt	487	61	2	550	
		Sensitivität (466/487) = 95,69 %	Spezifität (6/61) = 9,84 %			
Fehldokumentationsrate 13,82 % (76/550)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 4,3 % (21/487)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 90,16 % (55/61)			

1.2.73 Übersicht Datenfeld Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen? (DF 37) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	461	83,82 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	89	16,18 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	550	100,00 %
Übereinstimmungsrate	461/550	83,82 %
Abweichungsrate	89/550	16,18 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	20	62,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	12	37,50 %

1.2.74 Kreuztabelle Datenfeld Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen? (DF 37) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt	
		1: ja	0: nein	Keine Angabe		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	445	70 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	515	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 13,59 % (70/515)
	0: nein	17 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	14	0	31	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 54,84 % (17/31)
	Keine Angabe	2	0	2	4	
Gesamt		464	84	2	550	
		Sensitivität (445/464) = 95,91 %	Spezifität (14/84) = 16,67 %			
Fehldokumentationsrate 16,18 % (89/550)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 4,09 % (19/464)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 83,33 % (70/84)			

1.2.75 Übersicht Datenfeld Gehstrecke bei Entlassung (DF 38) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	20	3,33 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	470	78,33 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	110	18,33 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	600	100,00 %
Übereinstimmungsrate	470/600	78,33 %
Abweichungsrate	130/600	21,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	78,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	21,88 %

1.2.76 Kreuztabelle Datenfeld Gehstrecke bei Entlassung (DF 38) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		1: unbegrenzt (> 500m)	2: Gehen am Stück bis 500m möglich	3: auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)	4: im Zimmer mobil	5: immobil	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: unbegrenzt (> 500m)	4	1	3	0	0	0	8
	2: Gehen am Stück bis 500m möglich	0	83	18	4	0	4	109
	3: auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)	4	10	247	32	13	14	320
	4: im Zimmer mobil	1	1	12	105	7	2	128
	5: immobil	0	0	1	2	31	0	34
	Keine Angabe	0	0	1	0	0	0	1
Gesamt		9	95	282	143	51	20	600
Fehldokumentationsrate: 21,67 % (130/600)								

1.2.77 Übersicht Datenfeld Gehhilfen bei Entlassung (DF 39) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	509	84,83 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	91	15,17 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	600	100,00 %
Übereinstimmungsrate	509/600	84,83 %
Abweichungsrate	91/600	15,17 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25	78,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	21,88 %

1.2.78 Kreuztabelle Datenfeld Gehhilfen bei Entlassung (DF 39) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					Gesamt
		0: keine	1: Unterarmgehstützen/Gehstock	2: Rollator/Gehbock	3: Rollstuhl	4: bettlägerig	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: keine	2	1	3	0	0	6
	1: Unterarmgehstützen/Gehstock	5	174	36	1	5	221
	2: Rollator/Gehbock	8	6	283	10	9	316
	3: Rollstuhl	0	1	3	38	0	42
	4: bettlägerig	0	0	1	1	12	14
	Keine Angabe	0	0	1	0	0	1
Gesamt		15	182	327	50	26	600
Fehldokumentationsrate: 15,17 % (91/600)							

1.2.79 Übersicht Datenfeld Entlassungsgrund (DF 41) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	623	99,84 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,16 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	623/624	99,84 %
Abweichungsrate	1/624	0,16 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	31	96,88 %

1.2.80 Kreuztabelle Datenfeld Entlassungsgrund (DF 41) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		07: Tod	99: lebend		
Ereignis für die QS dokumentiert	07: Tod	24	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	25	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 4 % (1/25)
	99: lebend	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	599	599	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/599)
	Gesamt	24	600	624	
		Sensitivität (24/24) = 100 %	Spezifität (599/600) = 99,83 %		
Fehldokumentationsrate 0,16 % (1/624)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/24)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,17 % (1/600)		

1.2.81 Übersicht Datenfeld Praeoperative Verweildauer in Minuten (DF NA) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	1	0,16 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	563	90,22 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	60	9,62 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	624	100,00 %
Übereinstimmungsrate	564/624	90,38 %
Abweichungsrate	60/624	9,62 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	15	46,88 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	17	53,12 %

1.3 Gezielter Datenabgleich HCH-KCH**1.3.1 Übersicht Datenfeld Körpergröße (DF 10.1) zu EJ 2018**

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.2 Übersicht Datenfeld Körpergröße unbekannt (DF 10.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-

	Anzahl	Anteil
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.3.3 Übersicht Datenfeld Körpergewicht bei Aufnahme (DF 11.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	97,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	2,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	39/40	97,50 %
Abweichungsrate	1/40	2,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.4 Übersicht Datenfeld Körpergewicht unbekannt (DF 11.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.3.5 Übersicht Datenfeld klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) (DF 12) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	2,50 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	26	65,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	32,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	26/40	65,00 %
Abweichungsrate	14/40	35,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.6 Kreuztabelle Datenfeld klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) (DF 12) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					Gesamt
		1: (I): Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	2: (II): Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	3: (III): Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	4: (IV): Beschwerden in Ruhe	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: (I): Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	4	0	2	0	0	6
	2: (II): Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	0	10	3	2	1	16
	3: (III): Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	1	3	10	1	0	15
	4: (IV): Beschwerden in Ruhe	0	0	1	2	0	3
Gesamt		5	13	16	5	1	40
Fehldokumentationsrate: 35 % (14/40)							

1.3.7 Übersicht Datenfeld Infarkt(e) (DF 14) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	29	72,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	27,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	29/40	72,50 %
Abweichungsrate	11/40	27,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.8 Kreuztabelle Datenfeld Infarkt(e) (DF 14) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert							Gesamt
		0: nein	1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	4: ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	20	2	4	0	1	0	0	27
	1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0	3	0	0	0	0	0	3
	2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	0	1	4	0	0	0	0	5
	3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	0	0	0	0	1	0	0	1
	4: ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	0	1	0	0	2	0	1	4
	8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		20	7	8	0	4	0	1	40
Fehldokumentationsrate 27,5 % (11/40)									

1.3.9 Übersicht Datenfeld kardiogener Schock / Dekompensation (DF 15) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.10 Kreuztabelle Datenfeld kardiogener Schock / Dekompensation (DF 15) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		0: nein	1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage	8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	36	1	0	0	0	0	37
	1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0	1	0	0	0	0	1
	2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	0	0	1	0	0	1	2
	3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage	0	0	0	0	0	0	0
	8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		36	2	1	0	0	1	40
Fehldokumentationsrate: 5 % (2/40)								

1.3.11 Übersicht Datenfeld Reanimation (DF 16) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.12 Kreuztabelle Datenfeld Reanimation (DF 16) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		0: nein	1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage	8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	39	0	0	0	0	0	39
	1: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0	0	0	0	0	0	0
	2: ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	0	0	1	0	0	0	1
	3: ja, letzte(r) länger als 21 Tage	0	0	0	0	0	0	0
	8: ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		39	0	1	0	0	0	40
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)								

1.3.13 Übersicht Datenfeld Patient wird beatmet (DF 17) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	97,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	2,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	39/40	97,50 %
Abweichungsrate	1/40	2,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.14 Kreuztabelle Datenfeld Patient wird beatmet (DF 17) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	1	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)
	0: nein	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	38	39	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 2,56 % (1/39)
	Gesamt	2	38	40	
		Sensitivität (1/2) = 50 %	Spezifität (38/38) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 2,5 % (1/40)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 50 % (1/2)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/38)		

1.3.15 Übersicht Datenfeld pulmonale Hypertonie (DF 18) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.16 Kreuztabelle Datenfeld pulmonale Hypertonie (DF 18) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		0: nein	1: 31 - 55 mmHg	2: > 55 mmHg	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	37	0	0	0	37
	1: 31 - 55 mmHg	2	0	0	0	2
	2: > 55 mmHg	0	0	0	0	0
	9: unbekannt	0	0	0	1	1
Gesamt		39	0	0	1	40
Fehldokumentationsrate: 5 % (2/40)						

1.3.17 Übersicht Datenfeld Herzrhythmus bei Aufnahme (DF 19) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.18 Kreuztabelle Datenfeld Herzrhythmus bei Aufnahme (DF 19) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		1: Sinusrhythmus	2: Vorhofflimmern	9: anderer Rhythmus	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: Sinusrhythmus	39	0	0	39
	2: Vorhofflimmern	0	0	0	0
	9: anderer Rhythmus	0	0	1	1
Gesamt		39	0	1	40
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)					

1.3.19 Übersicht Datenfeld Einstufung nach ASA-Klassifikation (DF 21) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	3	7,50 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	27,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	26	65,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	11/40	27,50 %
Abweichungsrate	29/40	72,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.20 Kreuztabelle Datenfeld Einstufung nach ASA-Klassifikation (DF 21) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		1: normaler, gesunder Patient	2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: normaler, gesunder Patient	0	0	0	0	0	0	0
	2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	0	2	2	0	0	1	5
	3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	0	0	9	22	1	2	34
	4: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	0	0	1	0	0	0	1
	5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		0	2	12	22	1	3	40
Fehldokumentationsrate: 72,5 % (29/40)								

1.3.21 Übersicht Datenfeld LVEF (DF 22) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.22 Kreuztabelle Datenfeld LVEF (DF 22) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		1: <= 20%	2: 21% - 30%	3: 31% - 50%	4: > 50%	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: <= 20%	0	0	0	0	0
	2: 21% - 30%	0	2	0	0	2
	3: 31% - 50%	0	0	12	2	14
	4: > 50%	0	0	0	24	24
Gesamt		0	2	12	26	40
Fehldokumentationsrate: 5 % (2/40)						

1.3.23 Übersicht Datenfeld Koronarangiographiebefund (DF 23) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	97,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	2,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	39/40	97,50 %
Abweichungsrate	1/40	2,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.24 Kreuztabelle Datenfeld Koronarangiographiebefund (DF 23) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		0: keine KHK	1: 1-Gefäß- erkrankung	2: 2-Gefäß- erkrankung	3: 3-Gefäß- erkrankung	
Ereignis für die QS doku- mentiert	0: keine KHK	0	0	0	0	0
	1: 1-Gefäß- erkrankung	0	0	1	0	1
	2: 2-Gefäß- erkrankung	0	0	5	0	5
	3: 3-Gefäß- erkrankung	0	0	0	34	34
Gesamt		0	0	6	34	40
Fehldokumentationsrate: 2,5 % (1/40)						

1.3.25 Übersicht Datenfeld Anzahl (DF 26) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	37	92,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	7,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	37/40	92,50 %
Abweichungsrate	3/40	7,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.26 Kreuztabelle Datenfeld Anzahl (DF 26) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert								Gesamt
		0: 0	1: 1	2: 2	3: 3	4: 4	5: 5 oder mehr	8: genaue Anzahl unbekannt (aber mind. 1)	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: 0	35	2	0	0	0	0	0	0	37
	1: 1	0	2	0	0	0	0	0	0	2
	2: 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3: 3	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	4: 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5: 5 oder mehr	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	8: genaue Anzahl unbekannt (aber mind. 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		35	5	0	0	0	0	0	0	40

Fehldokumentationsrate: 7,5 % (3/40)

1.3.27 Übersicht Datenfeld Diabetes mellitus (DF 28) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	37	92,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	7,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	37/40	92,50 %
Abweichungsrate	3/40	7,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.28 Kreuztabelle Datenfeld Diabetes mellitus (DF 28) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		0: nein	1: ja, diätetisch behandelt	2: ja, orale Medikation	3: ja, mit Insulin behandelt	4: ja, unbehandelt	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	24	0	1	1	0	0	26
	1: ja, diätetisch behandelt	0	1	0	0	0	0	1
	2: ja, orale Medikation	0	0	7	0	0	0	7
	3: ja, mit Insulin behandelt	1	0	0	4	0	0	5
	4: ja, unbehandelt	0	0	0	0	0	0	0
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	1	1
Gesamt		25	1	8	5	0	1	40
Fehldokumentationsrate: 7,5 % (3/40)								

1.3.29 Übersicht Datenfeld arterielle Gefäßerkrankung (DF 29) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	36	90,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	10,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	36/40	90,00 %
Abweichungsrate	4/40	10,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.30 Kreuztabelle Datenfeld arterielle Gefäßerkrankung (DF 29) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: ja	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	28	4	0	32
	1: ja	0	7	0	7
	9: unbekannt	0	0	1	1
Gesamt		28	11	1	40
Fehldokumentationsrate: 10 % (4/40)					

1.3.31 Übersicht Datenfeld periphere AVK (DF 30) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	63,64 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	36,36 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	11	100,00 %
Übereinstimmungsrate	7/11	63,64 %
Abweichungsrate	4/11	36,36 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.32 Kreuztabelle Datenfeld periphere AVK (DF 30) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: ja	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	2	0	0	2
	1: ja	0	5	0	5
	9: unbekannt	0	0	0	0
	Keine Angabe	1	3	0	4
Gesamt		3	8	0	11
Fehldokumentationsrate: 36,36 % (4/11)					

1.3.33 Übersicht Datenfeld Arteria Carotis (DF 31) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	54,55 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	45,45 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	11	100,00 %
Übereinstimmungsrate	6/11	54,55 %
Abweichungsrate	5/11	45,45 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.34 Kreuztabelle Datenfeld Arteria Carotis (DF 31) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: ja	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	4	1	0	5
	1: ja	0	2	0	2
	9: unbekannt	0	0	0	0
	Keine Angabe	3	1	0	4
Gesamt		7	4	0	11
Fehldokumentationsrate: 45,45 % (5/11)					

1.3.35 Übersicht Datenfeld Aortenaneurysma (DF 32) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	63,64 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	36,36 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	11	100,00 %
Übereinstimmungsrate	7/11	63,64 %
Abweichungsrate	4/11	36,36 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.36 Kreuztabelle Datenfeld Aortenaneurysma (DF 32) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: ja	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	7	0	0	7
	1: ja	0	0	0	0
	9: unbekannt	0	0	0	0
	Keine Angabe	3	1	0	4
Gesamt		10	1	0	11
Fehldokumentationsrate: 36,36 % (4/11)					

1.3.37 Übersicht Datenfeld sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en) (DF 33) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	63,64 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	36,36 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	11	100,00 %
Übereinstimmungsrate	7/11	63,64 %
Abweichungsrate	4/11	36,36 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.38 Kreuztabelle Datenfeld sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en) (DF 33) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: ja	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	7	0	0	7
	1: ja	0	0	0	0
	9: unbekannt	0	0	0	0
	Keine Angabe	4	0	0	4
Gesamt		11	0	0	11
Fehldokumentationsrate: 36,36 % (4/11)					

1.3.39 Übersicht Datenfeld Lungenerkrankung(en) (DF 34) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	36	90,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	10,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	36/40	90,00 %
Abweichungsrate	4/40	10,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.40 Kreuztabelle Datenfeld Lungenerkrankung(en) (DF 34) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					Gesamt
		0: nein	1: ja, COPD mit Dauermedikation	2: ja, COPD ohne Dauermedikation	8: ja, andere Lungenerkrankungen	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	32	0	1	2	0	35
	1: ja, COPD mit Dauermedikation	0	1	0	0	0	1
	2: ja, COPD ohne Dauermedikation	0	1	1	0	0	2
	8: ja, andere Lungenerkrankungen	0	0	0	1	0	1
	9: unbekannt	0	0	0	0	1	1
	Gesamt	32	2	2	3	1	40
Fehldokumentationsrate: 10 % (4/40)							

1.3.41 Übersicht Datenfeld neurologische Erkrankung(en) (DF 35) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.42 Kreuztabelle Datenfeld neurologische Erkrankung(en) (DF 35) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		0: nein	1: ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	2: ja, ZNS, andere	3: ja, peripher	4: ja, Kombination	9: unbekannt	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	37	0	0	0	0	0	37
	1: ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	0	1	0	0	0	0	1
	2: ja, ZNS, andere	0	0	0	0	0	0	0
	3: ja, peripher	0	0	0	1	0	0	1
	4: ja, Kombination	0	0	0	0	0	0	0
	9: unbekannt	0	0	0	0	0	1	1
Gesamt		37	1	0	1	0	1	40
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)								

1.3.43 Übersicht Datenfeld Schweregrad der Behinderung (DF 36) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	1	100,00 %
Übereinstimmungsrate	1/1	100,00 %
Abweichungsrate	0/1	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	100,00 %

1.3.44 Kreuztabelle Datenfeld Schweregrad der Behinderung (DF 36) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		0: Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	1: Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	2: Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	3: Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	4: Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	5: Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	0	0	0	0	0	0	0
	1: Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	0	1	0	0	0	0	1
	2: Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	0	0	0	0	0	0	0
	3: Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	0	0	0	0	0	0	0
	4: Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	0	0	0	0	0	0	0
	5: Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		0	1	0	0	0	0	1
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/1)								

1.3.45 Übersicht Datenfeld präoperative Nierenersatztherapie (DF 37) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.46 Kreuztabelle Datenfeld präoperative Nierenersatztherapie (DF 37) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: akut	2: chronisch	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	40	0	0	40
	1: akut	0	0	0	0
	2: chronisch	0	0	0	0
Gesamt		40	0	0	40
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)					

1.3.47 Übersicht Datenfeld Kreatininwert i.S. in mg/dl (DF 38.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	36	90,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	10,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	36/40	90,00 %
Abweichungsrate	4/40	10,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.48 Übersicht Datenfeld Kreatininwert i.S. in µmol/l (DF 38.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

1.3.49 Übersicht Datenfeld Dringlichkeit (DF 46) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	97,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	2,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	39/40	97,50 %
Abweichungsrate	1/40	2,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.50 Kreuztabelle Datenfeld Dringlichkeit (DF 46) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		1: elektiv	2: dringlich	3: Notfall	4: Notfall (Reanimation / ultima ratio)	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: elektiv	14	1	0	0	15
	2: dringlich	0	18	0	0	18
	3: Notfall	0	0	7	0	7
	4: Notfall (Reanimation / ultima ratio)	0	0	0	0	0
Gesamt		14	19	7	0	40
Fehldokumentationsrate: 2,5 % (1/40)						

1.3.51 Übersicht Datenfeld Inotrope (präoperativ) (DF 49) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.52 Kreuztabelle Datenfeld Inotrope (präoperativ) (DF 49) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	1	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)
	0: nein	2 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	37	39	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 5,13 % (2/39)
	Gesamt	3	37	40	
		Sensitivität (1/3) = 33,33 %	Spezifität (37/37) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 5 % (2/40)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 66,67 % (2/3)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/37)		

1.3.53 Übersicht Datenfeld (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung (DF 50) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.54 Kreuztabelle Datenfeld (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung (DF 50) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: ja, IABP	2: ja, andere	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	39	0	0	39
	1: ja, IABP	0	1	0	1
	2: ja, andere	0	0	0	0
Gesamt		39	1	0	40
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)					

1.3.55 Übersicht Datenfeld Wundkontaminationsklassifikation (DF 51) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.56 Kreuztabelle Datenfeld Wundkontaminationsklassifikation (DF 51) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		1: aseptische Eingriffe	2: bedingt aseptische Eingriffe	3: kontaminierte Eingriffe	4: septische Eingriffe	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: aseptische Eingriffe	40	0	0	0	40
	2: bedingt aseptische Eingriffe	0	0	0	0	0
	3: kontaminierte Eingriffe	0	0	0	0	0
	4: septische Eingriffe	0	0	0	0	0
Gesamt		40	0	0	0	40
Fehldokumentationsrate: 0 % (0/40)						

1.3.57 Übersicht Datenfeld OP-Zeit (DF 53) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.58 Übersicht Datenfeld Anzahl der Grafts (DF 54) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	37	92,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	7,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	37/40	92,50 %
Abweichungsrate	3/40	7,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.59 Übersicht Datenfeld ITA links (DF 55.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.60 Kreuztabelle Datenfeld ITA links (DF 55.1) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	36	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	36	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/36)
	Keine Angabe (nein)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	4	4	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/4)
	Gesamt	36	4	40	
		Sensitivität (36/36) = 100 %	Spezifität (4/4) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/40)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/36)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/4)		

1.3.61 Übersicht Datenfeld Mediastinitis (DF 72) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	97,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	2,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	39/40	97,50 %
Abweichungsrate	1/40	2,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.62 Kreuztabelle Datenfeld Mediastinitis (DF 72) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	0: nein	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	39	40	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 2,5 % (1/40)
	Gesamt	1	39	40	
		Sensitivität (0/1) = 0 %	Spezifität (39/39) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 2,5 % (1/40)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 100 % (1/1)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/39)		

1.3.63 Übersicht Datenfeld zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung (DF 73) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	38	95,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	5,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	38/40	95,00 %
Abweichungsrate	2/40	5,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	50,00 %

1.3.64 Kreuztabelle Datenfeld zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung (DF 73) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	2: ja, ZNS, andere	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	38	2	0	40
	1: ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	0	0	0	0
	2: ja, ZNS, andere	0	0	0	0
Gesamt		38	2	0	40
Fehldokumentationsrate: 5 % (2/40)					

1.3.65 Übersicht Datenfeld Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses (DF 74) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	50,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	100,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	2	100,00 %
Übereinstimmungsrate	0/2	0,00 %
Abweichungsrate	2/2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.66 Kreuztabelle Datenfeld Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses (DF 74) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		1: bis einschl. 24 Stunden	2: mehr als 24 Stunden bis einschl. 72 Stunden	3: über 72 Stunden	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: bis einschl. 24 Stunden	0	0	0	0	0
	2: mehr als 24 Stunden bis einschl. 72 Stunden	0	0	0	0	0
	3: über 72 Stunden	0	0	0	0	0
	Keine Angabe	0	1	0	1	2
Gesamt		0	1	0	1	2
Fehldokumentationsrate: 100 % (2/2)						

1.3.67 Übersicht Datenfeld Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung (DF 75) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	100,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	2	100,00 %
Übereinstimmungsrate	0/2	0,00 %
Abweichungsrate	2/2	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

1.3.68 Kreuztabelle Datenfeld Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung (DF 75) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt	
		0: Rankin 0: (...)	1: Rankin 1: (...)	2: Rankin 2: (...)	3: Rankin 3: (...)	4: Rankin 4: (...)	5: Rankin 5: (...)		6: Rankin 6: (...)
Ereignis für die QS dokumentiert	0: Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	0	0	0	0	0	0	0	0
	1: Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit	0	0	0	0	0	0	0	0
	2: Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	0	0	0	0	0	0	0	0
	3: Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	0	0	0	0	0	0	0	0
	4: Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	0	0	0	0	0	0	0	0
	5: Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	0	0	0	0	0	0	0	0
	6: Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	0	0	0	0	0	0	0	0
	Keine Angabe	0	1	0	0	1	0	0	2
Gesamt	0	1	0	0	1	0	0	2	
Fehldokumentationsrate: 100 % (2/2)									

1.3.69 Übersicht Datenfeld Entlassungsgrund (DF 81) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	40	100,00 %
Übereinstimmungsrate	40/40	100,00 %
Abweichungsrate	0/40	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	100,00 %

1.3.70 Kreuztabelle Datenfeld Entlassungsgrund (DF 81) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		07: Tod	99: lebend		
Ereignis für die QS dokumentiert	07: Tod	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	1	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)
	99: lebend	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	39	39	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/39)
Gesamt		1	39	40	
		Sensitivität (1/1) = 100 %	Spezifität (39/39) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/40)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/39)		

2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Erläuterung zu den Kreuztabellen:

- „Keine Angabe“ in der Patientenakte bedeutet, dass bei der Datenvalidierung aufgrund der Angabe im Filterfeld dieses Datenfeld nicht ausgefüllt werden musste.
- „Keine Angabe („nein“)" bedeutet, dass es nur die Antwortmöglichkeit ja gab.

Erläuterung zu den Übersichtstabellen:

- „Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)" bedeutet, dass das Datenfeld in der QS-Dokumentation leer gelassen werden konnte (z. B. aufgrund von Plausibilitätsregeln) und deshalb diese Fälle als Übereinstimmung gewertet werden.

2.1 Stichprobenverfahren NEO

2.1.1 Übersicht Datenfeld endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen) (DF 21) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	0,19 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	507	98,64 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	1,17 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	507/514	98,64 %
Abweichungsrate	7/514	1,36 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	25,93 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	20	74,07 %

2.1.2 Übersicht Datenfeld endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage) (DF 22) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	0,19 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	485	94,36 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	28	5,45 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %

	Anzahl	Anteil
Übereinstimmungsrate	485/514	94,36 %
Abweichungsrate	29/514	5,64 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	40,74 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	16	59,26 %

2.1.3 Übersicht Datenfeld Uhrzeit der Geburt (DF 24) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	3	0,58 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	6	1,17 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	487	94,75 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	3,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	490/514	95,33 %
Abweichungsrate	24/514	4,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	13	48,15 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	51,85 %

2.1.4 Übersicht Datenfeld Gewicht des Kindes bei Geburt (DF 25) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	498	96,89 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	16	3,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	498/514	96,89 %
Abweichungsrate	16/514	3,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	40,74 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	16	59,26 %

2.1.5 Übersicht Datenfeld primär palliative Therapie (ab Geburt) (DF 29) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	14	93,33 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	6,67 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	15	100,00 %
Übereinstimmungsrate	14/15	93,33 %
Abweichungsrate	1/15	6,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	11,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	88,89 %

2.1.6 Kreuztabelle Datenfeld primär palliative Therapie (ab Geburt) (DF 29) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt	
		1: ja	0: nein	Keine Angabe		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	5	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	5	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/5)
	0: nein	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	7	0	7	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/7)
	Keine Angabe	0	1	2	3	
Gesamt		5	8	2	15	
		Sensitivität (5/5) = 100 %	Spezifität (7/8) = 87,5 %			
Fehldokumentationsrate 6,67 % (1/15)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/5)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/8)			

2.1.7 Übersicht Datenfeld Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus) (DF 32) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	2	0,39 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	503	97,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	9	1,75 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	503/514	97,86 %
Abweichungsrate	11/514	2,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	29,63 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	19	70,37 %

2.1.8 Übersicht Datenfeld Aufnahme ins Krankenhaus von (DF 35) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	69	83,13 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	14	16,87 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	83	100,00 %
Übereinstimmungsrate	69/83	83,13 %
Abweichungsrate	14/83	16,87 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	45,83 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	13	54,17 %

2.1.9 Kreuztabelle Datenfeld Aufnahme ins Krankenhaus von (DF 35) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		1: exter- ner Ge- burtsklinik	2: exter- ner Kin- derklinik	3: exter- ner Klinik als Rück- verlegung	4: außer- klinischer Geburts- einrich- tung	5: zu Hause	6: Geburt in eigener Geburts- klinik	
Ereignis für die QS dokumen- tiert	1: exter- ner Ge- burtsklinik	15	9	0	0	0	1	25
	2: exter- ner Kin- derklinik	0	34	1	0	0	0	35
	3: exter- ner Klinik als Rück- verlegung	0	1	10	0	0	0	11
	4: außer- klinischer Geburts- einrich- tung	1	0	0	0	0	0	1
	5: zu Hause	0	0	0	0	7	0	7
	6: Geburt in eigener Geburts- klinik	1	0	0	0	0	3	4
	Gesamt	17	44	11	0	7	4	83
Fehldokumentationsrate: 16,87 % (14/83)								

2.1.10 Übersicht Datenfeld Gewicht bei Aufnahme (DF 41) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	487	94,75 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	27	5,25 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %

	Anzahl	Anteil
Übereinstimmungsrate	487/514	94,75 %
Abweichungsrate	27/514	5,25 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	14	51,85 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	13	48,15 %

2.1.11 Übersicht Datenfeld Kopfumfang bei Aufnahme (DF 42.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	484	95,65 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	22	4,35 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	506	100,00 %
Übereinstimmungsrate	484/506	95,65 %
Abweichungsrate	22/506	4,35 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	15	55,56 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	12	44,44 %

2.1.12 Übersicht Datenfeld Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt (DF 42.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	37,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	62,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	8	100,00 %
Übereinstimmungsrate	3/8	37,50 %
Abweichungsrate	5/8	62,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	66,67 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	33,33 %

2.1.13 Kreuztabelle Datenfeld Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt (DF 42.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe („nein“)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	3	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	3	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/3)
	Keine Angabe („nein“ als Dummy-Variable)	5 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	5	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (5/5)
	Gesamt	8	0	8	
		Sensitivität (3/8) = 37,5 %	Spezifität (0/0) = -		
Fehldokumentationsrate 62,5 % (5/8)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 62,5 % (5/8)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)		

2.1.14 Übersicht Datenfeld Körpertemperatur bei Aufnahme (DF 43.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	441	88,91 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	55	11,09 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	496	100,00 %
Übereinstimmungsrate	441/496	88,91 %
Abweichungsrate	55/496	11,09 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	14	51,85 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	13	48,15 %

2.1.15 Übersicht Datenfeld Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt (DF 43.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	72,22 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	27,78 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	18	100,00 %
Übereinstimmungsrate	13/18	72,22 %
Abweichungsrate	5/18	27,78 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	27,27 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	72,73 %

2.1.16 Kreuztabelle Datenfeld Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt (DF 43.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe („nein“)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	13	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	13	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/13)
	Keine Angabe („nein“ als Dummy-Variable)	5 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	5	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (5/5)
	Gesamt	18	0	18	
		Sensitivität (13/18) = 72,22 %	Spezifität (0/0) = -		
Fehldokumentationsrate 27,78 % (5/18)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 27,78 % (5/18)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)		

2.1.17 Übersicht Datenfeld Fehlbildungen (DF 44) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	504	98,05 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	10	1,95 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	504/514	98,05 %
Abweichungsrate	10/514	1,95 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	6	22,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	21	77,78 %

2.1.18 Kreuztabelle Datenfeld Fehlbildungen (DF 44) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		0: keine	1: leichte	3: schwere	4: letale	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: keine	446	2	0	0	448
	1: leichte	5	47	0	0	52
	3: schwere	2	1	8	0	11
	4: letale	0	0	0	3	3
Gesamt		453	50	8	3	514
Fehldokumentationsrate: 1,95 % (10/514)						

2.1.19 Übersicht Datenfeld Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden (DF 46) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	505	98,25 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	9	1,75 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	505/514	98,25 %
Abweichungsrate	9/514	1,75 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	14,81 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23	85,19 %

2.1.20 Kreuztabelle Datenfeld Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden (DF 46) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	422	5 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	427	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 1,17 % (5/427)
	0: nein	4 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	83	87	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 4,6 % (4/87)
	Gesamt	426	88	514	
		Sensitivität (422/426) = 99,06 %	Spezifität (83/88) = 94,32 %		
Fehldokumentationsrate 1,75 % (9/514)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,94 % (4/426)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 5,68 % (5/88)		

2.1.21 Übersicht Datenfeld Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie (DF 47) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	413	95,82 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	4,18 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	431	100,00 %
Übereinstimmungsrate	413/431	95,82 %
Abweichungsrate	18/431	4,18 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	29,63 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	19	70,37 %

2.1.22 Kreuztabelle Datenfeld Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie (DF 47) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		0: nein	1: IVH Grad I	2: IVH Grad II	3: IVH Grad III	4: periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	Keine Angabe*	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	388	4	0	0	0	5	397
	1: IVH Grad I	1	14	1	0	0	0	16
	2: IVH Grad II	0	0	2	0	1	0	3
	3: IVH Grad III	0	0	0	5	1	0	6
	4: periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	0	0	1	0	4	0	5
	Keine Angabe	4	0	0	0	0	0	4
Gesamt		393	18	4	5	6	5	431
Fehldokumentationsrate: 4,18 % (18/431)								

2.1.23 Übersicht Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 48) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	29	87,88 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	12,12 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	33	100,00 %
Übereinstimmungsrate	29/33	87,88 %
Abweichungsrate	4/33	12,12 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	15,38 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	11	84,62 %

2.1.24 Kreuztabelle Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 48) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		1: IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	2: IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	24	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	24	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/24)
	2: IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	5	5	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/5)
	Keine Angabe	4(fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	4	
Gesamt		28	5	33	
		Sensitivität (24/28) = 85,71 %	Spezifität (5/5) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 12,12 % (4/33)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 14,29 % (4/28)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/5)		

2.1.25 Übersicht Datenfeld Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (DF 49) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	420	97,45 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	2,55 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	431	100,00 %
Übereinstimmungsrate	420/431	97,45 %
Abweichungsrate	11/431	2,55 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	6	22,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	21	77,78 %

2.1.26 Kreuztabelle Datenfeld Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (DF 49) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt	
		1: ja	0: nein	Keine Angabe		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	4	1 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	5	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 20 % (1/5)
	0: nein	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	416	5	422	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,24 % (1/422)
	Keine Angabe	0	4	0	4	
	Gesamt	5	421	5	431	
		Sensitivität (4/5) = 80 %	Spezifität (416/421) = 98,81 %			
Fehldokumentationsrate 2,55 % (11/431)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 20 % (1/5)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,24 % (1/421)			

2.1.27 Übersicht Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 50) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	80,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	20,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	5	100,00 %
Übereinstimmungsrate	4/5	80,00 %
Abweichungsrate	1/5	20,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	20,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	80,00 %

2.1.28 Kreuztabelle Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 50) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		1: PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	2: PVL lag bereits bei Aufnahme vor		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	3	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	3	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/3)
	2: PVL lag bereits bei Aufnahme vor	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	1	1	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/3)
	Keine Angabe	1	0	1	
Gesamt		4	1	5	
		Sensitivität (3/4) = 75 %	Spezifität (1/1) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 20 % (1/5)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (1/4)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)		

2.1.29 Übersicht Datenfeld ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden (DF 51) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	496	96,50 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	18	3,50 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	496/514	96,50 %
Abweichungsrate	18/514	3,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	29,63 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	19	70,37 %

2.1.30 Kreuztabelle Datenfeld ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden (DF 51) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	126	11 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	137	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 8,03 % (11/137)
	0: nein	7 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	370	377	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 1,86 % (7/377)
	Gesamt	133	381	514	
		Sensitivität (126/133) = 94,74 %	Spezifität (370/381) = 97,11 %		
Fehldokumentationsrate 3,5 % (18/514)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 5,26 % (7/133)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,89 % (11/381)		

2.1.31 Übersicht Datenfeld Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) (DF 52) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	118	81,94 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	26	18,06 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	144	100,00 %
Übereinstimmungsrate	118/144	81,94 %
Abweichungsrate	26/144	18,06 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	39,13 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	14	60,87 %

2.1.32 Kreuztabelle Datenfeld Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) (DF 52) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert							Gesamt
		0: nein	1: Stadium 1 (Demarkationslinie)	2: Stadium 2 (Prominente Leiste)	3: Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen)	4: Stadium 4 (Partielle Amotio retinae)	5: Stadium 5 (Totale Amotio retinae)	Keine Angabe	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	88	4	0	0	0	0	11	103
	1: Stadium 1 (Demarkationslinie)	0	15	3	1	0	0	0	19
	2: Stadium 2 (Prominente Leiste)	0	0	8	0	0	0	0	8
	3: Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen)	0	0	0	7	0	0	0	7
	4: Stadium 4 (Partielle Amotio retinae)	0	0	0	0	0	0	0	0
	5: Stadium 5 (Totale Amotio retinae)	0	0	0	0	0	0	0	0
	Keine Angabe	6	1	0	0	0	0	0	7
Gesamt	94	20	11	8	0	0	11	144	
Fehldokumentationsrate: 18,06 % (26/144)									

2.1.33 Übersicht Datenfeld Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten) (DF 54) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	498	96,89 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	16	3,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	498/514	96,89 %
Abweichungsrate	16/514	3,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	37,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	17	62,96 %

2.1.34 Kreuztabelle Datenfeld Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten) (DF 54) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	146	8 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	154	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 5,19 % (8/154)
	0: nein	8 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	352	360	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 2,22 % (8/360)
	Gesamt	154	360	514	
		Sensitivität (146/154) = 94,81 %	Spezifität (352/360) = 97,78 %		
Fehldokumentationsrate 3,11 % (16/514)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 5,19 % (8/154)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 2,22 % (8/360)		

2.1.35 Übersicht Datenfeld Beginn (DF 55) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	0,62 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	141	87,04 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	12,35 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	162	100,00 %
Übereinstimmungsrate	141/162	87,04 %
Abweichungsrate	21/162	12,96 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	45,83 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	13	54,17 %

2.1.36 Übersicht Datenfeld endgültige Beendigung (DF 56) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	2	1,23 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	120	74,07 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	40	24,69 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	162	100,00 %
Übereinstimmungsrate	120/162	74,07 %
Abweichungsrate	42/162	25,93 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	13	54,17 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	11	45,83 %

2.1.37 Übersicht Datenfeld Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt (DF 57) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	0,19 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	497	96,69 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	16	3,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	497/514	96,69 %
Abweichungsrate	17/514	3,31 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	37,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	17	62,96 %

2.1.38 Kreuztabelle Datenfeld Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt (DF 57) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					Gesamt
		0: keine Atemhilfe	1: nur nasale / pharyngeale Beatmung	2: nur intratracheale Beatmung	3: nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: keine Atemhilfe	307	4	0	0	1	312
	1: nur nasale / pharyngeale Beatmung	1	134	1	8	0	144
	2: nur intratracheale Beatmung	0	0	5	2	0	7
	3: nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	0	0	0	51	0	51
Gesamt		308	138	6	61	1	514
Fehldokumentationsrate: 3,31 % (17/514)							

2.1.39 Übersicht Datenfeld Pneumothorax (DF 61) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	511	99,42 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	0,58 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	511/514	99,42 %
Abweichungsrate	3/514	0,58 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	7,41 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25	92,59 %

2.1.40 Kreuztabelle Datenfeld Pneumothorax (DF 61) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		0: nein	1: ja, unter Spontanatmung aufgetreten	2: ja, unter nasaler / pharyngealer Beatmung aufgetreten	3: ja, unter intratrachealer Beatmung aufgetreten	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	501	2	0	0	503
	1: ja, unter Spontanatmung aufgetreten	0	3	0	0	3
	2: ja, unter nasaler / pharyngealer Beatmung aufgetreten	0	1	4	0	5
	3: ja, unter intratrachealer Beatmung aufgetreten	0	0	0	3	3
	Gesamt	501	6	4	3	514
Fehldokumentationsrate: 0,58 % (3/514)						

2.1.41 Übersicht Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 62) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	84,62 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	15,38 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	13	100,00 %
Übereinstimmungsrate	11/13	84,62 %
Abweichungsrate	2/13	15,38 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	11,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	88,89 %

2.1.42 Kreuztabelle Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 62) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: Pneumothorax ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	2: Pneumothorax lag bereits bei Aufnahme vor		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: Pneumothorax ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	9	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	9	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/9)
	2: Pneumothorax lag bereits bei Aufnahme vor	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	2	2	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/2)
	Keine Angabe	2	0	2	
	Gesamt	11	2	13	
		Sensitivität (9/11) = 81,82 %	Spezifität (2/2) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 15,38 % (2/13)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 18,2 % (2/11)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/2)		

2.1.43 Übersicht Datenfeld Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (DF 63) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	509	99,03 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	0,97 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	509/514	99,03 %
Abweichungsrate	5/514	0,97 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	11,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	24	88,89 %

2.1.44 Kreuztabelle Datenfeld Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (DF 63) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: keine oder milde BPD	1: ja, moderate BPD	2: ja, schwere BPD	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: keine oder milde BPD	503	3	1	507
	1: ja, moderate BPD	0	4	0	4
	2: ja, schwere BPD	1	0	2	3
Gesamt		504	7	3	514
Fehldokumentationsrate: 0,97 % (5/514)					

2.1.45 Übersicht Datenfeld perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) (DF 64) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	0,19 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	502	97,67 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	2,14 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	502/514	97,67 %
Abweichungsrate	12/514	2,33 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7	25,93 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	20	74,07 %

2.1.46 Kreuztabelle Datenfeld perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) (DF 64) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		0: nein	1: ja, ohne therapeutische Hypothermie	2: ja, mit therapeutischer Hypothermie	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	485	5	1	0	491
	1: ja, ohne therapeutische Hypothermie	4	13	0	1	18
	2: ja, mit therapeutischer Hypothermie	0	1	4	0	5
Gesamt		489	19	5	1	514
Fehldokumentationsrate: 2,33 % (12/514)						

2.1.47 Übersicht Datenfeld Sepsis/SIRS (DF 66) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	503	97,86 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	2,14 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	503/514	97,86 %
Abweichungsrate	11/514	2,14 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	8	29,63 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	19	70,37 %

2.1.48 Kreuztabelle Datenfeld Sepsis/SIRS (DF 66) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	28	5 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	33	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 15,15 % (5/33)
	0: nein	6 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	475	481	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 1,25 % (6/481)
Gesamt		34	480	514	
		Sensitivität (28/34) = 82,35 %	Spezifität (475/480) = 98,96 %		
Fehldokumentationsrate 2,14 % (11/514)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 17,65 % (6/34)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 1,04 % (5/480)		

2.1.49 Übersicht Datenfeld Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns (DF 67) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	24	61,54 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	15	38,46 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	39	100,00 %
Übereinstimmungsrate	24/39	61,54 %
Abweichungsrate	15/39	38,46 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	55,56 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	8	44,44 %

2.1.50 Übersicht Datenfeld Pneumonie (DF 71) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	511	99,42 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	0,58 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	511/514	99,42 %
Abweichungsrate	3/514	0,58 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	11,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	24	88,89 %

2.1.51 Kreuztabelle Datenfeld Pneumonie (DF 71) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	8	2 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	10	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 20 % (2/10)
	0: nein	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	503	504	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,2 % (1/504)
	Gesamt	9	505	514	
		Sensitivität (8/9) = 88,89 %	Spezifität (503/505) = 99,6 %		
Fehldokumentationsrate 0,58 % (3/514)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 11,11 % (1/9)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,4 % (2/505)		

2.1.52 Übersicht Datenfeld Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt (DF 73) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	8	72,73 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	27,27 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	11	100,00 %
Übereinstimmungsrate	8/11	72,73 %
Abweichungsrate	3/11	27,27 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	37,50 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	5	62,50 %

2.1.53 Kreuztabelle Datenfeld Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt (DF 73) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		1: ja	0: nein	Keine Angabe	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	4	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	2	6	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/6)
	0: nein	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	4	0	4	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/4)
	Keine Angabe	0	1	0	1	
Gesamt		4	5	2	11	
		Sensitivität (4/4) = 100 %	Spezifität (4/5) = 80 %			
Fehldokumentationsrate 27,27 % (3/11)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Patientenakte 0 % (0/4)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Patientenakte 0 % (0/5)			

2.1.54 Übersicht Datenfeld nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) (DF 75) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	511	99,42 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	0,58 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	511/514	99,42 %
Abweichungsrate	3/514	0,58 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	7,41 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25	92,59 %

2.1.55 Kreuztabelle Datenfeld nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) (DF 75) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	3	2 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	5	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 40 % (2/5)
	0: nein	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	508	509	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0,2 % (1/509)
	Gesamt	4	510	514	
		Sensitivität (3/4) = 75 %	Spezifität (508/510) = 99,61 %		
Fehldokumentationsrate 0,58 % (3/514)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (1/4)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0,39 % (2/510)		

2.1.56 Übersicht Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 76) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	50,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	50,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	6	100,00 %
Übereinstimmungsrate	3/6	50,00 %
Abweichungsrate	3/6	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	60,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	40,00 %

2.1.57 Kreuztabelle Datenfeld Status bei Aufnahme (DF 76) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt	
		1: NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	2: NEK lag bereits bei Aufnahme vor	Keine Angabe*		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	2	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	1	3	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/3)
	2: NEK lag bereits bei Aufnahme vor	0	1	1	2	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/2)
	Keine Angabe	1	0		1	
Gesamt		3	1	2	6	
		Sensitivität (2/3) = 66,6 %	Spezifität (1/1) = 100,0 %			
Fehldokumentationsrate 50 % (3/6)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 33,3 % (1/3)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)			

2.1.58 Übersicht Datenfeld Neugeborenen-Hörscreening (DF 77) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	3	0,58 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	495	96,30 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	16	3,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	495/514	96,30 %
Abweichungsrate	19/514	3,70 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	33,33 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	18	66,67 %

2.1.59 Kreuztabelle Datenfeld Neugeborenen-Hörscreening (DF 77) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		0: nein	1: ja, im aktuellen Aufenthalt	2: ja, in einem vorherigen Aufenthalt	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	34	4	0	0	38
	1: ja, im aktuellen Aufenthalt	6	439	1	2	448
	2: ja, in einem vorherigen Aufenthalt	0	5	22	1	28
Gesamt		40	448	23	3	514
Fehldokumentationsrate: 3,7 % (19/514)						

2.1.60 Übersicht Datenfeld Kopfumfang bei Entlassung (DF 84.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	434	91,75 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	39	8,25 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	473	100,00 %
Übereinstimmungsrate	434/473	91,75 %
Abweichungsrate	39/473	8,25 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	37,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	17	62,96 %

2.1.61 Übersicht Datenfeld Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt (DF 84.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	12,20 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	36	87,80 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	41	100,00 %
Übereinstimmungsrate	5/41	12,20 %
Abweichungsrate	36/41	87,80 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	90,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	10,00 %

2.1.62 Kreuztabelle Datenfeld Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt (DF 84.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe („nein“)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	5	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	5	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/5)
	Keine Angabe („nein“)	36 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	36	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (36/36)
	Gesamt	41	0	41	
		Sensitivität (5/41) = 12,2 %	Spezifität (0/0) = -		
Fehldokumentationsrate 87,8 % (36/41)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 87,8 % (36/41)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)		

2.1.63 Übersicht Datenfeld Entlassungsgrund (DF 86) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	506	98,44 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	8	1,56 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	506/514	98,44 %
Abweichungsrate	8/514	1,56 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	18,52 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	22	81,48 %

2.1.64 Kreuztabelle Datenfeld Entlassungsgrund (DF 86) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		01: Behandlung regulär beendet	02: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	07: Tod	99: lebend	
Ereignis für die QS dokumentiert	01: Behandlung regulär beendet	428	0	0	0	428
	02: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	6	9	0	0	15
	07: Tod	0	0	15	0	15
	99: lebend	2	0	0	54	56
Gesamt		436	9	15	54	514
Fehldokumentationsrate: 1,56 % (8/514)						

2.1.65 Übersicht Datenfeld Todesursache (DF 91) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	15	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	15	100,00 %
Übereinstimmungsrate	15/15	100,00 %
Abweichungsrate	0/15	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9	100,00 %

2.1.66 Kreuztabelle Datenfeld Todesursache (DF 91) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		P95	Keine Angabe („nein“)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	P95	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	1	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)
	Keine Angabe („nein“)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	14	14	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/14)
	Gesamt	1	14	15	
		Sensitivität (1/1) = 100 %	Spezifität (14/14) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/15)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/14)		

2.1.67 Übersicht Datenfeld weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) (DF 92) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	4	0,78 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	509	99,03 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	0,19 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	514	100,00 %
Übereinstimmungsrate	513/514	99,81 %
Abweichungsrate	1/514	0,19 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	3,70 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	26	96,30 %

2.1.68 Kreuztabelle Datenfeld weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) (DF 92) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				
		P95	Keine Angabe („nein“)	Nicht ersichtlich	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	P95	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	Keine Angabe („nein“)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	509	4	514	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0,19 % (1/514)
	Gesamt	1	509	4	514	
		Sensitivität (0/1) = 0 %	Spezifität (509/509) = 100 %			
Fehldokumentationsrate 0,97 % (5/514)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 100 % (1/1)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/509)			

2.2 Stichprobenverfahren HTXM-MKU

2.2.1 Übersicht Datenfeld Körpergröße (DF 9) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	64	95,52 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	4,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	64/67	95,52 %
Abweichungsrate	3/67	4,48 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.2 Übersicht Datenfeld Körpergewicht bei Aufnahme (DF 10) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	60	89,55 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	10,45 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	60/67	89,55 %
Abweichungsrate	7/67	10,45 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.3 Übersicht Datenfeld Grunderkrankung (DF 11) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	46	68,66 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	21	31,34 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	46/67	68,66 %
Abweichungsrate	21/67	31,34 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	100,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	0,00 %

2.2.4 Kreuztabelle Datenfeld Grunderkrankung (DF 11) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert										Gesamt
		1000: dilatative Kardiomyopathie idiopathisch	1009: dilatative Kardiomyopathie nicht idiopathisch	1050: restriktive Kardiomyopathie idiopathisch	1059: restriktive Kardiomyopathie nicht idiopathisch	1200: koronare Herzkrankheit	1201: hypertrophe Kardiomyopathie	1202: Herzklappenerkrankung	1203: angeborene Herzerkrankungen	1204: Herztumoren	1497: andere Herzerkrankungen	
Ereignis für die QS dokumentiert	1000: dilatative Kardiomyopathie idiopathisch	21	8	0	0	1	0	0	0	0	0	30
	1009: dilatative Kardiomyopathie nicht idiopathisch	3	5	0	0	6	0	0	0	0	0	14
	1050: restriktive Kardiomyopathie idiopathisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1059: restriktive Kardiomyopathie nicht idiopathisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	1200: koronare Herzkrankheit	2	0	0	0	17	0	0	0	0	0	19
	1201: hypertrophe Kardiomyopathie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1202: Herzklappenerkrankung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1203: angeborene Herzkrankungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1204: Herztumoren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1497: andere Herzerkrankungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4
Gesamt	27	13	0	0	24	0	0	0	0	3	67	
Fehldokumentationsrate: 31,34 % (21/67)												

2.2.5 Übersicht Datenfeld Diabetes mellitus (DF 12) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	1,49 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	62	92,54 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	5,97 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	62/67	92,54 %
Abweichungsrate	5/67	7,46 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.6 Kreuztabelle Datenfeld Diabetes mellitus (DF 12) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					Gesamt
		0: nein	1: ja, ausschließlich diätetisch eingestellt	2: ja, medikamentös eingestellt	3: ja, insulinpflichtig	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	45	2	0	0	1	48
	1: ja, ausschließlich diätetisch eingestellt	0	5	2	0	0	7
	2: ja, medikamentös eingestellt	0	0	1	0	0	1
	3: ja, insulinpflichtig	0	0	0	11	0	11
Gesamt		45	7	3	11	1	67

Fehldokumentationsrate: 7,46 % (5/67)

2.2.7 Übersicht Datenfeld Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt? (DF 17) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	54	80,60 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	13	19,40 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	54/67	80,60 %
Abweichungsrate	13/67	19,40 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.8 Kreuztabelle Datenfeld Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt? (DF 17) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	10	10 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	20	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 50 % (10/20)
	0: nein	3 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	44	47	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 6,38 % (3/47)
	Gesamt	13	54	67	
		Sensitivität (10/13) = 76,92 %	Spezifität (44/54) = 81,48 %		
Fehldokumentationsrate 19,4 % (13/67)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 23,08 % (3/13)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 18,52 % (10/54)		

2.2.9 Übersicht Datenfeld Herztransplantation (DF 18.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	23	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	23/23	100,00 %
Abweichungsrate	0/23	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	100,00 %

2.2.10 Kreuztabelle Datenfeld Herztransplantation (DF 18.1) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	0	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	Keine Angabe („nein“)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	23	23	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/23)
	Gesamt	0	23	23	
		Sensitivität (0/0) = -	Spezifität (23/23) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/23)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/23)		

2.2.11 Übersicht Datenfeld Assist Device/TAH (DF 18.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	86,96 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	13,04 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	20/23	86,96 %
Abweichungsrate	3/23	13,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.12 Kreuztabelle Datenfeld Assist Device/TAH (DF 18.2) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	1	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	4	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 75 % (3/4)
	Keine Angabe („nein“)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	19	19	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/19)
	Gesamt	1	22	23	
		Sensitivität (1/1) = 100 %	Spezifität (19/22) = 86,36 %		
Fehldokumentationsrate 13,04 % (3/23)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/1)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 13,64 % (3/22)		

2.2.13 Übersicht Datenfeld Koronarchirurgie (DF 18.3) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	86,96 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	13,04 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	20/23	86,96 %
Abweichungsrate	3/23	13,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.14 Kreuztabelle Datenfeld Koronarchirurgie (DF 18.3) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	4	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	7	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 42,86 % (3/7)
	Keine Angabe („nein“)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	16	16	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/16)
Gesamt		4	19	23	
		Sensitivität (4/4) = 100 %	Spezifität (16/19) = 84,21 %		
Fehldokumentationsrate 13,04 % (3/23)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/4)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 15,79 % (3/19)		

2.2.15 Übersicht Datenfeld Klappen Chirurgie (DF 18.4) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	17	73,91 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	6	26,09 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	17/23	73,91 %
Abweichungsrate	6/23	26,09 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.16 Kreuztabelle Datenfeld Klappen Chirurgie (DF 18.4) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	5	4 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	9	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 44,44 % (4/9)
	Keine Angabe („nein“)	2 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	12	14	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 14,29 % (2/14)
Gesamt		7	16	23	
		Sensitivität (5/7) = 71,43 %	Spezifität (12/16) = 75 %		
Fehldokumentationsrate 26,09 % (6/23)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 28,57 % (2/7)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 25 % (4/16)		

2.2.17 Übersicht Datenfeld Korrektur angeborener Vitien (DF 18.5) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	22	95,65 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	1	4,35 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	22/23	95,65 %
Abweichungsrate	1/23	4,35 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75,00 %

2.2.18 Kreuztabelle Datenfeld Korrektur angeborener Vitien (DF 18.5) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)	Gesamt	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	1	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	1	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/1)
	Keine Angabe („nein“)	1 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	21	22	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 4,55 % (1/22)
	Gesamt	2	21	23	
		Sensitivität (1/2) = 50 %	Spezifität (21/21) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 4,35 % (1/23)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 50 % (1/2)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/21)		

2.2.19 Übersicht Datenfeld sonstige (DF 18.6) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	20	86,96 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	13,04 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	20/23	86,96 %
Abweichungsrate	3/23	13,04 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.20 Kreuztabelle Datenfeld sonstige (DF 18.6) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	Keine Angabe (nein)		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	0	3 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	3	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 100 % (3/3)
	Keine Angabe („nein“)	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	20	20	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/20)
	Gesamt	0	23	23	
		Sensitivität (0/0) = -	Spezifität (20/23) = 86,96 %		
Fehldokumentationsrate 13,04 % (3/23)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte - (0/0)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 13,04 % (3/23)		

2.2.21 Übersicht Datenfeld Anzahl aller Voroperationen am Herzen (DF 19.1) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	8	34,78 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	15	65,22 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	23	100,00 %
Übereinstimmungsrate	8/23	34,78 %
Abweichungsrate	15/13	65,22 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.22 Übersicht Datenfeld Anzahl aller Voroperationen unbekannt (DF 19.2) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	-
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	-
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	-
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	0	-
Übereinstimmungsrate	0/0	-
Abweichungsrate	0/0	-
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	-
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0	-

2.2.23 Übersicht Datenfeld durchgeführter Eingriff (DF 25) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	71	97,26 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	2,74 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	71/73	97,26 %
Abweichungsrate	2/73	2,74 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.24 Kreuztabelle Datenfeld durchgeführter Eingriff (DF 25) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		1: Neuimplantation	2: Systemwechsel	3: Ergänzung eines vorhandenen Systems	8: sonstiges	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: Neuimplantation	65	0	0	0	65
	2: Systemwechsel	1	1	0	0	2
	3: Ergänzung eines vorhandenen Systems	0	0	3	0	3
	8: sonstiges	1	0	0	2	3
Gesamt		67	1	3	2	73
Fehldokumentationsrate: 2,74 % (2/73)						

2.2.25 Übersicht Datenfeld Zielstellung (DF 26) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	3	4,11 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	65	89,04 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	5	6,85 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	65/73	89,04 %
Abweichungsrate	8/73	10,96 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.26 Kreuztabelle Datenfeld Zielstellung (DF 26) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert					Gesamt
		1: BTT - bridge to transplant	2: BTR - bridge to recovery	3: DT - des- tination therapy	4: BTB - bridge to bridge	Nicht er- sichtlich	
Ereignis für die QS do- kumentiert	1: BTT - bridge to transplant	34	0	0	1	0	35
	2: BTR - bridge to recovery	0	1	0	0	2	3
	3: DT - des- tination therapy	1	0	25	3	1	30
	4: BTB - bridge to bridge	0	0	0	5	0	5
	Gesamt	35	1	25	9	3	73
Fehldokumentationsrate: 10,96 % (8/73)							

2.2.27 Übersicht Datenfeld INTERMACS Profile-Level 1 - 7 (DF 29) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	1,49 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	64	95,52 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	4,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	64/67	97,01 %
Abweichungsrate	2/67	2,99 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.28 Kreuztabelle Datenfeld INTERMACS Profile-Level 1 - 7 (DF 29) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert								Gesamt
		1: kritischer kardiogener Schock	2: zunehmende Verschlechterung trotz inotroper Medikation	3: stabil, aber abhängig von Inotropika	4: ambulante orale Therapie, aber häufige Ruhesymptomatik	5: belastungsintolerant, keine Ruhesymptomatik	6: gering belastbar, keine Ruhesymptomatik	7: erweiterte NYHA-Klasse III Symptome	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: kritischer kardiogener Schock	15	0	0	0	0	0	0	0	15
	2: zunehmende Verschlechterung trotz inotroper Medikation	0	14	1	0	0	0	0	0	15
	3: stabil, aber abhängig von Inotropika	0	0	24	0	0	0	0	0	24
	4: ambulante orale Therapie, aber häufige Ruhesymptomatik	0	0	0	11	0	0	0	0	11
	5: belastungsintolerant, keine Ruhesymptomatik	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6: gering belastbar, keine Ruhesymptomatik	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	7: erweiterte NYHA-Klasse III Symptome	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Keine Angabe	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Gesamt	16	14	25	11	0	0	0	1	67	
Fehldokumentationsrate: 2,99 % (2/67)										

2.2.29 Übersicht Datenfeld klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) (DF 30) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	60	89,55 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	7	10,45 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	60/67	89,55 %
Abweichungsrate	7/67	10,45 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.30 Kreuztabelle Datenfeld klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) (DF 30) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert				Gesamt
		1: (I): Herzkrankung ohne körperliche Limitation	2: (II): Herzkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit	3: (III): Herzkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit	4: (IV): Herzkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: (I): Herzkrankung ohne körperliche Limitation	0	0	0	0	0
	2: (II): Herzkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit	0	0	0	0	0
	3: (III): Herzkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit	0	0	7	1	8
	4: (IV): Herzkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe	0	1	3	53	57
	Keine Angabe	0	0	0	2	2
	Gesamt	0	1	10	56	67
Fehldokumentationsrate: 10,45 % (7/67)						

2.2.31 Übersicht Datenfeld linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35% (DF 31) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	64	95,52 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	4,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	64/67	95,52 %
Abweichungsrate	3/67	4,48 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.32 Kreuztabelle Datenfeld linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35% (DF 31) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: ja	9: nicht bestimmbar	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	64	0	0	64
	1: ja	1	0	0	1
	9: nicht bestimmbar	0	0	0	0
	Keine Angabe	1	0	1	2
Gesamt		66	0	1	67
Fehldokumentationsrate: 4,48 % (3/67)					

2.2.33 Übersicht Datenfeld 6 Minuten Gehtest: Distanz >= 500 Meter (DF 32) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	64	95,52 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	4,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	64/67	95,52 %
Abweichungsrate	3/67	4,48 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.34 Kreuztabelle Datenfeld 6 Minuten Gehtest: Distanz >= 500 Meter (DF 32) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: ja	9: nicht bestimmbar	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	60	0	1	61
	1: ja	0	0	0	0
	9: nicht bestimmbar	0	0	4	4
	Keine Angabe	1	0	1	2
Gesamt		61	0	6	67
Fehldokumentationsrate: 4,48 % (3/67)					

2.2.35 Übersicht Datenfeld stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten (DF 34) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	56	83,58 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	11	16,42 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	56/67	83,58 %
Abweichungsrate	11/67	16,42 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.36 Kreuztabelle Datenfeld stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten (DF 34) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	56	9 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	65	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 13,85 % (9/65)
	0: nein	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	0	0	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS - (0/0)
	Keine Angabe	1	1	2	
	Gesamt	57	10	67	
		Sensitivität (56/57) = 98,25 %	Spezifität (0/10) = 0 %		
Fehldokumentationsrate 16,42 % (11/67)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/57)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 90 % (9/10)		

2.2.37 Übersicht Datenfeld OP-Datum (DF 35) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	73	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	73/73	100,00 %
Abweichungsrate	0/73	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	100,00 %

2.2.38 Übersicht Datenfeld Art des Unterstützungssystems (DF 39) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	1	1,37 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	68	93,15 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	4	5,48 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	68/73	93,15 %
Abweichungsrate	5/73	6,85 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	75,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	1	25,00 %

2.2.39 Kreuztabelle Datenfeld Art des Unterstützungssystems (DF 39) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert						Gesamt
		1: LVAD	2: RVAD	3: BiVAD	4: TAH	5: VA-ECMO	Nicht ersichtlich	
Ereignis für die QS dokumentiert	1: LVAD	61	0	0	0	0	0	61
	2: RVAD	0	4	0	0	1	0	5
	3: BiVAD	3	0	2	0	0	1	6
	4: TAH	0	0	0	1	0	0	1
	5: VA-ECMO	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt		64	4	2	1	1	1	73
Fehldokumentationsrate: 6,85 % (5/73)								

2.2.40 Übersicht Datenfeld Sepsis (DF 41) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	71	97,26 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	2	2,74 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	71/73	97,26 %
Abweichungsrate	2/73	2,74 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75,00 %

2.2.41 Kreuztabelle Datenfeld Sepsis (DF 41) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert		Gesamt	
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	7	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	7	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/7)
	0: nein	2 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	64	66	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 3,03 % (2/66)
Gesamt		9	64	73	
		Sensitivität (7/9) = 77,78 %	Spezifität (64/64) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 2,74 % (2/73)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 22,22 % (2/9)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/64)		

2.2.42 Übersicht Datenfeld neurologische Dysfunktion (DF 42) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	70	95,89 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	3	4,11 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	70/73	95,89 %
Abweichungsrate	3/73	4,11 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50,00 %

2.2.43 Kreuztabelle Datenfeld neurologische Dysfunktion (DF 42) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		1: ja	0: nein		
Ereignis für die QS dokumentiert	1: ja	8	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	8	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/8)
	0: nein	3 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	62	65	Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut QS 4,62 % (3/65)
	Gesamt	11	62	73	
		Sensitivität (8/11) = 72,73 %	Spezifität (62/62) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 4,11 % (3/73)		Anteil Underdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 27,27 % (3/11)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/62)		

2.2.44 Übersicht Datenfeld Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems (DF 43) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	73	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	73	100,00 %
Übereinstimmungsrate	73/73	100,00 %
Abweichungsrate	0/73	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	100,00 %

2.2.45 Kreuztabelle Datenfeld Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems (DF 43) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			Gesamt
		0: nein	1: ja, technische Fehlfunktion	2: ja, sekundäre Fehlfunktion	
Ereignis für die QS dokumentiert	0: nein	73	0	0	73
	1: ja, technische Fehlfunktion	0	0	0	0
	2: ja, sekundäre Fehlfunktion	0	0	0	0
Gesamt		73	0	0	73

Fehldokumentationsrate: 0 % (0/73)

2.2.46 Übersicht Datenfeld Entlassungsgrund (DF 99) zu EJ 2018

	Anzahl	Anteil
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Übereinstimmung)	0	0,00 %
Angabe aus Patientenakte nicht ersichtlich (Abweichung)	0	0,00 %
Übereinstimmung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	67	100,00 %
Abweichung (Patientenakte und QS-Dokumentation)	0	0,00 %
Grundgesamtheit (Anzahl einbezogener Fälle)	67	100,00 %
Übereinstimmungsrate	67/67	100,00 %
Abweichungsrate	0/67	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0	0,00 %
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	4	100,00 %

2.2.47 Kreuztabelle Datenfeld Entlassungsgrund (DF 99) zu EJ 2018

		Ereignis in Patientenakte dokumentiert			
		07: Tod	99: lebend		
Ereignis für die QS dokumentiert	07: Tod	10	0 (fälschlicherweise in der QS dokumentiert)	10	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/10)
	99: lebend	0 (fälschlicherweise nicht in der QS dokumentiert)	57	57	Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut QS 0 % (0/57)
	Gesamt	10	57	67	
		Sensitivität (10/10) = 100 %	Spezifität (57/57) = 100 %		
Fehldokumentationsrate 0 % (0/67)		Anteil Unterdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/10)	Anteil Überdokumentation an allen Fällen laut Pat-Akte 0 % (0/57)		

3 Relevante Ereignisse, deren Unterdokumentation einen gezielten Datenabgleich auslösen (Relevanzkriterien)

3.1 Auswertungsmodul NEO

Tabelle 1: Ausgewählte relevante Ereignisse für das QS-Verfahren NEO auf Grundlage des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018)

Bezeichnung	Formel der Rechenregel	in die Rechenregeln einbezogene Datenfelder auf Grundlage der QIDB 2018
Sepsis oder Pneumonie bei Kindern ohne primär palliative Therapie und ohne letale Fehlbildungen	(SEPSIS %==% 1 PNEUMONIENEO %==% 1) & ((THERAPIEVERZICHT %==% 0 is.na(THERAPIEVERZICHT)) & CRIBFEHLBILD %in% c(0, 1, 3))	(DF 66) Sepsis/SIRS (DF 71) Pneumonie (DF 29) primär palliative Therapie (ab Geburt) (DF 44) Fehlbildungen
Pneumothorax unter oder nach Beatmung	PNEUMOATMUNG %in% c(1, 2, 3) & PTAUFNAHME %==% 1 & BEATMUNG %in% c(1, 2, 3)	(DF 61) Pneumothorax (DF 62) Status bei Aufnahme (DF 57) Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt
Kein Hörtest durchgeführt	!(HOERSCRN %in% c(1, 2))	(DF 77) Neugeborenen-Hörscreening
Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	AUFNTEMP %<% 36 & !AUFNTEMP %>=% 99 & is.na(AUFNTEMPNB)	(DF 43.1) Körpertemperatur bei Aufnahme (DF 43.2) Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt
Komplikationen: Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH, Nekrotisierende Enterokolitis (NEK), Bronchopulmonale Dysplasie (BPD), Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	(IVHAEM %in% c(3, 4) & !is.na(IVHAEM) & IVHPVHAUFNAHME %==% 1) (ENTEROKOLITIS %==% 1 & NECAUFNAHME %==% 1) (BPD %in% c(1, 2)) (ROP %in% c(3, 4, 5) & !is.na(ROP))	(DF 47) Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie (DF 48) Status bei Aufnahme (DF 75) nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) (DF 76) Status bei Aufnahme (DF 63) Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (DF 79.1) OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)

Bezeichnung	Formel der Rechenregel	in die Rechenregeln einbezogene Datenfelder auf Grundlage der QIDB 2018
Tod während des stationären Aufenthaltes	ENTLGRUND %==% 07	(DF 86) Entlassungsgrund

3.2 Auswertungsmodul HTXM-MKU

Tabelle 2: Ausgewählte relevante Ereignisse für das Auswertungsmodul HTXM-MKU auf Grundlage des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich 2019 (EJ 2018)

Bezeichnung	Formel der Rechenregel	in die Rechenregeln einbezogene Datenfelder auf Grundlage der QIDB 2018
Tod während des stationären Aufenthaltes	ENTLGRUND %==% 07 & VADTAHJN %==% 1 & HTXJN %==% 0 & fn_EntlassungInAJ	(DF 99) Entlassungsgrund (DF 22) Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert? (DF 21) Wurde während des stationären Aufenthaltes eine Herztransplantation durchgeführt? (DF97) Entlassungsdatum Krankenhaus
Neurologische Komplikationen	NEURODYSFUNKTION %==% 1 & VADTAHJN %==% 1 & fn_EntlassungInAJ	(DF 42) neurologische Dysfunktion (DF 22) Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert? (DF97) Entlassungsdatum Krankenhaus
Sepsis	SEPSIS %==% 1 & VADTAHJN %==% 1 & fn_EntlassungInAJ	(DF 41) Sepsis (DF 22) Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert? (DF97) Entlassungsdatum Krankenhaus

Bezeichnung	Formel der Rechenregel	in die Rechenregeln einbezogene Datenfelder auf Grundlage der QIDB 2018
Fehlfunktion des Systems	!(FEHLFNKTVADTAH %==% 0) & VADTAHJN %==% 1 & fn_EntlassungInAJ	(DF 43) Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems (DF 22) Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert? (DF97) Entlassungsdatum Krankenhaus

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 3: Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018 nach QS-Verfahren

QS-Verfahrensgebiet	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
indirekt			
Herzschrittmarker und Defibrillatoren	09n1-HSM-IMPL	813070	häufig führendes Symptom „sonstiges“
	09n1-HSM-IMPL	813071	häufig führende Indikation „sonstiges“
	09n3-HSM-REV	850339	häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen
	09n4-DEFI-IMPL	850313	häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
	09n4-DEFI-IMPL	850314	häufig ICD-System „sonstiges“
	09n4-DEFI-IMPL	850315	häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“
	09n4-DEFI-IMPL	850317	Angabe von ASA 5
Gefäßchirurgie	10n2-KAROT	850332	häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten
Gynäkologische Operationen	15n1-GYN-OP	850231	häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund
	18n1-MAMMA	850363	häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“
	18n1-MAMMA	850364	häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“
	18n1-MAMMA	813068	häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde
	18n1-MAMMA	850372	häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

QS-Verfahrensgebiet	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
Perinatalmedizin	16n1-GEBH	850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
	16n1-GEBH	850224	häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess
	NEO	850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben
	NEO	850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme
	NEO	851800	Geburts- und Aufnahmegegewicht weichen voneinander ab
	NEO	851812	Hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis
	NEO	851813	Letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert
	NEO	851814	Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht
Orthopädie / Unfallchirurgie	17n1-HÜFT-FRAK	850147	Angabe von ASA 5
	17n1-HÜFT-FRAK	850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation
	17n1-HÜFT-FRAK	850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen
	HEP	850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation
	HEP	850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen
	HEP	851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen
	KEP	850305	Angabe von ASA 5
	KEP	850306	häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen
	KEP	850307	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen
	KEP	850336	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

QS-Verfahrensgebiet	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
Pflege	DEK	850359	häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)
	DEK	850361	häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“
	DEK	850362	kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung
	DEK	851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik
Pneumonie	PNEU	811821	häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde
	PNEU	811822	häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit
	PNEU	811825	häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
	PNEU	811826	häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
	PNEU	811827	häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
direkt			
Herzchirurgie	HCH-KCH	813165	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-KCH	850373	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
	HCH-AORT-KATH	850353	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-AORT-KATH	850283	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
	HCH-AORT-CHIR	811809	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-AORT-CHIR	850371	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
	HCH-KOMB	850354	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
	HCH-KOMB	850374	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Herz-/Lungentransplantation	HTXM-TX	850293	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850294	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850295	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
	HTXM-MKU	851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart

QS-Verfahrensgebiet	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
	HTXM-MKU	851809	Häufige Angabe von "nicht bestimmbar" bei Indikationskriterien
	HTXM-MKU	851810	Häufige Systemwechsel und -ergänzungen
	HTXM-MKU	851811	Inkonsistente Zielstellung und Einsatzdauer
	LUTX	850302	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	LUTX	850303	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	LUTX	850304	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	LTX	850299	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	LTX	850300	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	LTX	850301	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Nieren-/Pankreas-transplantation	PNTX-D	850308	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850309	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850310	häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

Gelb hinterlegt: AKs der Auswertungsmodul des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich EJ 2018

4.1.1 Maßnahmen pro AK

Tabelle 4: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018

Auswertungs- modul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffällig- keiten*		keine Maß- nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein- barung					
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
09n1-HSM-IMPL	813070	1.004	32	3,2	0	0,0	6	18,8	26	81,3	0	0,0	1	3,1	0	0,0	2	6,3
09n1-HSM-IMPL	813071	1.004	37	3,7	0	0,0	11	29,7	26	70,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850339	826	18	2,2	0	0,0	4	22,2	14	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850313	733	17	2,3	0	0,0	6	35,3	11	64,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9
09n4-DEFI-IMPL	850314	733	7	1,0	0	0,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850315	733	7	1,0	0	0,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850317	733	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850332	612	23	3,8	0	0,0	1	4,3	22	95,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850231	828	16	1,9	0	0,0	3	18,8	13	81,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3
18n1-MAMMA	850363	717	15	2,1	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
18n1-MAMMA	850372	717	10	1,4	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	813068	713	21	2,9	0	0,0	2	9,5	19	90,5	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850364	720	12	1,7	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
16n1-GEBH	850224	691	37	5,4	1	2,7	8	21,6	28	75,7	0	0,0	1	2,7	0	0,0	2	5,4
16n1-GEBH	850318	663	34	5,1	0	0,0	12	35,3	22	64,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffällig- keiten*		keine Maß- nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein- barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NEO	850206	519	19	3,7	0	0,0	2	10,5	17	89,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850207	318	15	4,7	0	0,0	2	13,3	13	86,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	851800	515	23	4,5	0	0,0	2	8,7	21	91,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	851813	136	54	39,7	0	0,0	12	22,2	42	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9
NEO	851814	257	138	53,7	0	0,0	34	24,6	104	75,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4
NEO	851812	322	64	19,9	0	0,0	27	42,2	37	57,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
17n1-HÜFT-FRAK	850147	1.123	32	2,8	0	0,0	7	21,9	25	78,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850148	56	38	67,9	0	0,0	17	44,7	21	55,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850149	339	4	1,2	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850152	970	64	6,6	0	0,0	13	20,3	51	79,7	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,6
HEP	850151	713	33	4,6	0	0,0	7	21,2	26	78,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	851804	762	12	1,6	1	8,3	6	50,0	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850305	1.072	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850306	1.062	17	1,6	0	0,0	3	17,6	14	82,4	0	0,0	1	5,9	0	0,0	1	5,9
KEP	850307	560	52	9,3	0	0,0	8	15,4	43	82,7	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850336	215	10	4,7	0	0,0	2	20,0	8	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850361	1.744	61	3,5	0	0,0	4	6,6	57	93,4	0	0,0	1	1,6	0	0,0	5	8,2
DEK	851805	1.744	19	1,1	1	5,3	14	73,7	3	15,8	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffällig- keiten*		keine Maß- nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein- barung					
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
DEK	850359	1.744	69	4,0	0	0,0	1	1,4	68	98,6	0	0,0	2	2,9	2	2,9	10	14,5
DEK	850362	628	6	1,0	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7
PNEU	811822	1.441	65	4,5	0	0,0	5	7,7	60	92,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,6
PNEU	811825	1.427	35	2,5	0	0,0	11	31,4	24	68,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811821	1.455	18	1,2	1	5,6	0	0,0	17	94,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
PNEU	811826	1.427	37	2,6	0	0,0	12	32,4	25	67,6	0	0,0	1	2,7	0	0,0	2	5,4
PNEU	811827	1.455	5	0,3	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	813165	40	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	850373	81	2	2,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850353	27	2	7,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850283	85	3	3,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	811809	50	2	4,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	850371	81	3	3,7	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850354	31	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850374	80	2	2,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850293	20	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850294	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850295	20	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffällig- keiten*		keine Maß- nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			n	%	n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein- barung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HTXM-MKU	851807	62	5	8,1	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851809	62	12	19,4	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851810	62	4	6,5	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851811	62	7	11,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850302	13	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850303	16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850304	15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850299	22	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850300	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850301	23	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850308	39	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850309	39	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850310	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		34.441^A	1.227	3,6	4	0,3	249	20,3	972	79,2	2	0,2	10	0,8	2	0,2	36	2,9

^A Die Gesamtanzahl entspricht nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann, sondern den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

4.1.2 Bewertungen nach SD pro AK

Tabelle 5: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM- IMPL	813070	32	3,2	26	81,3	4	15,4	1	3,8	19	73,1	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0
09n1-HSM- IMPL	813071	37	3,7	26	70,3	5	19,2	1	3,8	17	65,4	0	0,0	3	11,5	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM- REV	850339	18	2,2	14	77,8	3	21,4	1	7,1	8	57,1	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI- IMPL	850313	17	2,3	11	64,7	1	9,1	0	0,0	10	90,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI- IMPL	850314	7	1,0	6	85,7	1	16,7	0	0,0	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
09n4-DEFI- IMPL	850315	7	1,0	6	85,7	2	33,3	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
09n4-DEFI- IMPL	850317	3	0,4	3	100,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850332	23	3,8	22	95,7	12	54,5	0	0,0	7	31,8	1	4,5	1	4,5	0	0,0	1	4,5
15n1-GYN-OP	850231	16	1,9	13	81,3	4	30,8	0	0,0	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850363	15	2,1	15	100,0	1	6,7	1	6,7	13	86,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850372	10	1,4	9	90,0	0	0,0	0	0,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18n1-MAMMA	813068	21	2,9	19	90,5	2	10,5	1	5,3	14	73,7	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850364	12	1,7	12	100,0	2	16,7	2	16,7	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850224	37	5,4	28	75,7	1	3,6	1	3,6	20	71,4	0	0,0	4	14,3	0	0,0	2	7,1
16n1-GEBH	850318	34	5,1	22	64,7	11	50,0	0	0,0	9	40,9	0	0,0	2	9,1	0	0,0	0	0,0
NEO	850206	19	3,7	17	89,5	1	5,9	3	17,6	11	64,7	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0
NEO	850207	15	4,7	13	86,7	7	53,8	0	0,0	5	38,5	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0
NEO	851800	23	4,5	21	91,3	10	47,6	0	0,0	10	47,6	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
NEO	851813	54	39,7	42	77,8	15	35,7	2	4,8	22	52,4	0	0,0	1	2,4	0	0,0	2	4,8
NEO	851814	138	53,7	104	75,4	90	86,5	1	1,0	11	10,6	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0
NEO	851812	64	19,9	37	57,8	30	81,1	0	0,0	6	16,2	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT- FRAK	850147	32	2,8	25	78,1	12	48,0	1	4,0	11	44,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT- FRAK	850148	38	67,9	21	55,3	6	28,6	3	14,3	11	52,4	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT- FRAK	850149	4	1,2	4	100,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850152	64	6,6	51	79,7	10	19,6	2	3,9	37	72,5	2	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850151	33	4,6	26	78,8	4	15,4	1	3,8	20	76,9	1	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	851804	12	1,6	5	41,7	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KEP	850305	3	0,3	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850306	17	1,6	14	82,4	9	64,3	0	0,0	4	28,6	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
KEP	850307	52	9,3	43	82,7	7	16,3	4	9,3	31	72,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,7
KEP	850336	10	4,7	8	80,0	2	25,0	0	0,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850361	61	3,5	57	93,4	9	15,8	1	1,8	39	68,4	1	1,8	2	3,5	0	0,0	5	8,8
DEK	851805	19	1,1	3	15,8	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
DEK	850359	69	4,0	68	98,6	3	4,4	0	0,0	61	89,7	0	0,0	3	4,4	0	0,0	1	1,5
DEK	850362	6	1,0	5	83,3	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811822	65	4,5	60	92,3	31	51,7	4	6,7	23	38,3	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,7
PNEU	811825	35	2,5	24	68,6	15	62,5	1	4,2	5	20,8	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811821	18	1,2	17	94,4	14	82,4	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9
PNEU	811826	37	2,6	25	67,6	13	52,0	0	0,0	10	40,0	1	4,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	811827	5	0,3	2	40,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	813165	1	2,5	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	850373	2	2,5	2	100,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT- KATH	850353	2	7,4	2	100,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT- KATH	850283	3	3,5	3	100,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-AORT- CHIR	811809	2	4,0	2	100,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT- CHIR	850371	3	3,7	3	100,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850354	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KOMB	850374	2	2,5	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850293	1	5,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850294	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850295	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851807	5	8,1	5	100,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851809	12	19,4	12	100,0	7	58,3	1	8,3	3	25,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851810	4	6,5	4	100,0	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	851811	7	11,3	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850302	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850303	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850304	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850299	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850300	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850301	1	4,3	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PNTX-D	850308	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850309	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850310	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		1227	3,6	972	79,2	351	36,1	33	3,4	517	53,2	11	1,1	41	4,2	0	0,0	21	2,2

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

4.1.3 Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 6: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerischen Auffälligkeiten *		keine Maßnahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
							Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	5.341	179	3,4	0	0,0	0	0,0	179	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	1.112	26	2,3	0	0,0	0	0,0	26	100,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	1.107	58	5,2	0	0,0	8	13,8	50	86,2	0	0,0	1	1,7	2	3,4	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	3.625	128	3,5	0	0,0	37	28,9	89	69,5	2	1,6	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	264	11	4,2	0	0,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	2.391	89	3,7	0	0,0	0	0,0	89	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	690	30	4,3	0	0,0	10	33,3	20	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	791	27	3,4	0	0,0	1	3,7	26	96,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	3.064	144	4,7	2	1,4	0	0,0	142	98,6	0	0,0	3	2,1	0	0,0	10	6,9
Nordrhein-Westfalen	NO	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	7.673	245	3,2	0	0,0	154	62,9	91	37,1	0	0,0	1	0,4	0	0,0	23	9,4
Rheinland-Pfalz	RP	1.856	68	3,7	0	0,0	3	4,4	65	95,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	1.050	31	3,0	0	0,0	3	9,7	28	90,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	443	15	3,4	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Sachsen	SN	1.827	55	3,0	0	0,0	3	5,5	52	94,5	0	0,0	2	3,6	0	0,0	2	3,6

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerischen Auffälligkeiten *		keine Maßnahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung					
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sachsen-Anhalt	ST	1.149	46	4,0	2	4,3	30	65,2	14	30,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	1.048	30	2,9	0	0,0	0	0,0	30	100,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	1.010	45	4,5	0	0,0	0	0,0	45	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		34.441^A	1.227	3,6	4	0,3	249	20,3	972	79,2	2	0,2	10	0,8	2	0,2	36	2,9

^A Die Gesamtanzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

4.1.4 Bewertungen nach SD pro Bundesland

Tabelle 7: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten *		angeforderte Stellungnahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	179	3,4	179	100,0	73	40,8	0	0,0	0	0,0	104	58,1	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Brandenburg	BB	26	2,3	26	100,0	17	65,4	0	0,0	0	0,0	9	34,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	58	5,2	50	86,2	22	44,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	27	54,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	128	3,5	89	69,5	37	41,6	0	0,0	0	0,0	47	52,8	0	0,0	3	3,4	0	0,0	4	4,5
Bremen	HB	11	4,2	11	100,0	5	45,5	0	0,0	0	0,0	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	89	3,7	89	100,0	26	29,2	0	0,0	5	5,6	55	61,8	3	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	30	4,3	20	66,7	16	80,0	0	0,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	27	3,4	26	96,3	7	26,9	0	0,0	2	7,7	16	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Niedersachsen	NI	144	4,7	142	98,6	49	34,5	0	0,0	0	0,0	91	64,1	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Nordrhein-Westfalen	NO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	245	3,2	91	37,1	19	20,9	0	0,0	7	7,7	52	57,1	1	1,1	4	4,4	0	0,0	8	8,8
Rheinland-Pfalz	RP	68	3,7	65	95,6	24	36,9	0	0,0	0	0,0	40	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Schleswig-Holstein	SH	31	3,0	28	90,3	8	28,6	0	0,0	0	0,0	20	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	15	3,4	15	100,0	6	40,0	0	0,0	0	0,0	9	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	55	3,0	52	94,5	9	17,3	0	0,0	3	5,8	30	57,7	3	5,8	2	3,8	0	0,0	5	9,6

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten *		angeforderte Stellungnahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sachsen-Anhalt	ST	46	4,0	14	30,4	2	14,3	0	0,0	10	71,4	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	30	2,9	30	100,0	19	63,3	0	0,0	0	0,0	11	36,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	45	4,5	45	100,0	12	26,7	0	0,0	2	4,4	24	53,3	2	4,4	5	11,1	0	0,0	0	0,0
Gesamt		1.227	3,6	972	79,2	351	36,1	0	0,0	33	3,4	517	53,2	11	1,1	41	4,2	0	0,0	21	2,2

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 8: Beschreibung der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Vollzähligkeit zum EJ 2018 nach QS-Verfahren

QS-Verfahren	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
indirekte QS-Verfahren			
Herzschrittmacher und Defibrillatoren	09n1-HSM-IMPL	813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n1-HSM-IMPL	850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n1-HSM-IMPL	850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n1-HSM-IMPL	850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n2-HSM-AGGW	813073	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n2-HSM-AGGW	850164	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n2-HSM-AGGW	850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n2-HSM-AGGW	850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n3-HSM-REV	813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n3-HSM-REV	850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n3-HSM-REV	850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n3-HSM-REV	850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n4-DEFI-IMPL	851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n4-DEFI-IMPL	850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n4-DEFI-IMPL	850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n4-DEFI-IMPL	850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n5-DEFI-AGGW	851802	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n5-DEFI-AGGW	850196	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n5-DEFI-AGGW	850195	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	09n5-DEFI-AGGW	850221	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	09n6-DEFI-REV	851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten
	09n6-DEFI-REV	850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	09n6-DEFI-REV	850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

QS-Verfahren	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
Gefäßchirurgie	09n6-DEFI-REV	850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	10n2-KAROT	850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	10n2-KAROT	850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	10n2-KAROT	850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Gynäkologische Operationen	15n1-GYN-OP	850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	15n1-GYN-OP	850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	15n1-GYN-OP	850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Mammachirurgie	18n1-MAMMA	850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	18n1-MAMMA	850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	18n1-MAMMA	850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Perinatalmedizin	16n1-GEBH	850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	16n1-GEBH	850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	16n1-GEBH	850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	NEO	850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	NEO	850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	NEO	850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Orthopädie / Unfallchirurgie	17n1-HÜFT-FRAK	850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	17n1-HÜFT-FRAK	850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	17n1-HÜFT-FRAK	850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	HEP	850272	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	HEP	850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	HEP	850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)
	HEP	850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)
	HEP	850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)
	HEP	850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)
	HEP	850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	HEP	850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten
	KEP	850344	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

QS-Verfahren	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
	KEP	850345	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)
	KEP	850346	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Wechsel)
	KEP	850347	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)
	KEP	850348	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation
	KEP	850349	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	KEP	850370	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
	KEP	850375	Underdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten
Pflege	DEK	850095	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation
	DEK	851806	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation der Risikostatistik
	DEK	850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	DEK	851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik
	DEK	850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
Pneumonie	PNEU	850101	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation
	PNEU	850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	PNEU	850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)
direkte QS-Verfahren			
Herzchirurgie	HCH-AORT-KATH	850289	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (endovaskulär)
	HCH-AORT-KATH	850290	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)
	HCH-AORT-KATH	850291	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (transapikal)
	HCH-AORT-KATH	850292	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)
	HCH-D*	850253	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation
	HCH-D*	850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	HCH-D*	850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

QS-Verfahren	Auswertungsmodul	AK-ID	AK-Beschreibung
Herz-/ Lungentransplantation	HTXM-TX	850239	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Herztransplantation)
	HTXM-TX	850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)
	HTXM-TX	850257	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850258	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	HTXM-TX	850259	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
	HTXM-MKU	850249	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)
	HTXM-MKU	850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)
	HTXM-D	850251	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation
	HTXM-D	850252	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LUTX	850245	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation
	LUTX	850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LUTX	850266	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	LUTX	850267	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	LUTX	850268	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	LTX	850243	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation
	LTX	850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LTX	850263	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	LTX	850264	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	LTX	850265	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
	LLS	850241	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation
	LLS	850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	LLS	850260	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	LLS	850261	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	LLS	850262	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Nieren-/Pankreas- transplantation	NLS	850247	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation
	NLS	850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	NLS	850269	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	NLS	850270	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	NLS	850271	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

QS-Verfahren	Auswertungs-modul	AK-ID	AK-Beschreibung
	PNTX-D	850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
	PNTX-D	850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
	PNTX-D	850278	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850279	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
	PNTX-D	850280	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Gelb hinterlegt: AKs der Auswertungsmodule des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich			
* Gemeinsamer herzchirurgischer Datensatz für alle Auswertungsmodule			

5.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

5.1.1 Maßnahmen pro AK

Tabelle 9: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018

Auswertungs- modul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffällig- keiten*		keine Maß- nahme **		Maßnahmen**				weiterführende Maßnahme**							
			n	%	n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein- barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813072	1.067	25	2,3	0	0,0	12	48,0	13	52,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n1-HSM-IMPL	850097	1.091	10	0,9	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	813073	896	15	1,7	0	0,0	8	53,3	7	46,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850164	917	4	0,4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	813074	869	13	1,5	0	0,0	6	46,2	7	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850166	897	13	1,4	0	0,0	1	7,7	12	92,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850193	769	8	1,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	851801	747	18	2,4	0	0,0	8	44,4	10	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850196	694	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	851802	676	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850197	618	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	851803	595	7	1,2	0	0,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850085	644	11	1,7	0	0,0	5	45,5	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffällig- keiten*		keine Maß- nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein- barung					
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
15n1-GYN-OP	850099	1.097	8	0,7	0	0,0	1	12,5	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850093	849	9	1,1	0	0,0	3	33,3	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2
16n1-GEBH	850081	705	11	1,6	0	0,0	2	18,2	9	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
NEO	850199	577	12	2,1	0	0,0	1	8,3	11	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850351	1.185	14	1,2	0	0,0	5	35,7	9	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850272	1.260	12	1,0	0	0,0	3	25,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850274	1.260	11	0,9	0	0,0	2	18,2	9	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
HEP	850276	1.121	82	7,3	3	3,7	30	36,6	49	59,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
HEP	850376	1.248	36	2,9	0	0,0	18	50,0	18	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850346	985	23	2,3	1	4,3	7	30,4	15	65,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
KEP	850344	1.092	13	1,2	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850348	1.105	10	0,9	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850375	1.085	23	2,1	0	0,0	12	52,2	11	47,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850095	1.734	39	2,2	0	0,0	7	17,9	32	82,1	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
DEK	851806	1.916	23	1,2	0	0,0	23	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850101	1.421	13	0,9	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850289	92	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffällig- keiten*		keine Maß- nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein- barung					
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
HCH-AORT-KATH	850291	75	7	9,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850253	99	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850239	21	1	4,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	850249	62	3	4,8	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850251	62	4	6,5	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850245	14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850255	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		29.651^A	487	1,6	4	0,8	165	33,9	318	65,3	0	0,0	2	0,4	0	0,0	6	1,2

^A Die Gesamtanzahl entspricht nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann, sondern den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.1.2 Bewertungen nach SD pro AK

Tabelle 10: Bewertungen nach dem Strukturiertem Dialog pro Auffälligkeitskriterium (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813072	25	2,3	13	52,0	3	23,1	0	0,0	9	69,2	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0
09n1-HSM-IMPL	850097	10	0,9	9	90,0	0	0,0	0	0,0	7	77,8	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	813073	15	1,7	7	46,7	2	28,6	1	14,3	2	28,6	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850164	4	0,4	4	100,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	813074	13	1,5	7	53,8	0	0,0	1	14,3	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6
09n3-HSM-REV	850166	13	1,4	12	92,3	0	0,0	1	8,3	10	83,3	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850193	8	1,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	851801	18	2,4	10	55,6	2	20,0	1	10,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850196	3	0,4	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	851802	2	0,3	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850197	3	0,5	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	851803	7	1,2	6	85,7	0	0,0	1	16,7	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
10n2-KAROT	850085	11	1,7	6	54,5	0	0,0	0	0,0	4	66,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7
15n1-GYN-OP	850099	8	0,7	7	87,5	1	14,3	0	0,0	5	71,4	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850093	9	1,1	6	66,7	0	0,0	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16n1-GEBH	850081	11	1,6	9	81,8	0	0,0	0	0,0	7	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2
NEO	850199	12	2,1	11	91,7	1	9,1	0	0,0	8	72,7	1	9,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1
17n1-HÜFT-FRAK	850351	14	1,2	9	64,3	2	22,2	0	0,0	7	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850272	12	1,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850274	11	0,9	9	81,8	0	0,0	0	0,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0
HEP	850276	82	7,3	49	59,8	3	6,1	1	2,0	29	59,2	1	2,0	13	26,5	0	0,0	2	4,1
HEP	850376	36	2,9	18	50,0	1	5,6	2	11,1	12	66,7	0	0,0	3	16,7	0	0,0	0	0,0
KEP	850346	23	2,3	15	65,2	2	13,3	0	0,0	7	46,7	0	0,0	4	26,7	1	6,7	1	6,7
KEP	850344	13	1,2	9	69,2	2	22,2	0	0,0	7	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850348	10	0,9	9	90,0	1	11,1	0	0,0	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850375	23	2,1	11	47,8	0	0,0	0	0,0	10	90,9	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0
DEK	850095	39	2,2	32	82,1	2	6,3	1	3,1	21	65,6	0	0,0	7	21,9	0	0,0	1	3,1
DEK	851806	23	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850101	13	0,9	9	69,2	0	0,0	0	0,0	6	66,7	1	11,1	2	22,2	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850289	1	1,1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850291	7	9,3	7	100,0	0	0,0	0	0,0	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850253	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850239	1	4,8	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HTXM-MKU	850249	3	4,8	3	100,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850251	4	6,5	4	100,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0
LUTX	850245	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850255	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		487	1,6	318	65,3	22	6,9	9	2,8	225	70,8	6	1,9	42	13,2	1	0,3	13	4,1

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.1.3 Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 11: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffälligkeiten *		keine Maßnahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
			n	%	n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	4.767	68	1,4	0	0,0	0	0,0	68	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	968	8	0,8	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	913	16	1,8	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	3.097	57	1,8	0	0,0	34	59,6	23	40,4	0	0,0	2	3,5	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	209	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	2.150	51	2,4	0	0,0	0	0,0	51	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	554	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	701	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	2.653	49	1,8	0	0,0	4	8,2	45	91,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,1
Nordrhein-Westfalen	NW	6.785	132	1,9	0	0,0	103	78,0	29	22,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Rheinland-Pfalz	RP	1.656	39	2,4	0	0,0	14	35,9	25	64,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	918	8	0,9	3	37,5	1	12,5	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	370	4	1,1	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	1.515	21	1,4	0	0,0	5	23,8	16	76,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	ST	967	8	0,8	1	12,5	1	12,5	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffälligkeiten *		keine Maßnahme **		Hinweis verschickt		Maßnahmen **				weiterführende Maßnahme **					
			Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung							
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Thüringen	TH	897	7	0,8	0	0,0	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	531	16	3,0	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		29.651^A	487	1,6	4	0,8	165	33,9	318	65,3	0	0,0	2	0,4	0	0,0	6	1,2

^A Die Gesamtanzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.1.4 Bewertungen nach SD pro Bundesland

Tabelle 12: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Unterdokumentation zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten *		angeforderte Stellungnahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	68	1,4	68	100,0	3	4,4	0	0,0	0	0,0	62	91,2	2	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Brandenburg	BB	8	0,8	8	100,0	3	37,5	0	0,0	0	0,0	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	16	1,8	16	100,0	5	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	68,8	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	57	1,8	23	40,4	1	4,3	0	0,0	0	0,0	20	87,0	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	51	2,4	51	100,0	1	2,0	0	0,0	6	11,8	32	62,7	0	0,0	12	23,5	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	3	0,4	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Niedersachsen	NI	49	1,8	45	91,8	7	15,6	0	0,0	0	0,0	27	60,0	0	0,0	11	24,4	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	132	1,9	29	22,0	1	3,4	0	0,0	2	6,9	18	62,1	0	0,0	5	17,2	1	3,4	2	6,9
Rheinland-Pfalz	RP	39	2,4	25	64,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	92,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,0
Schleswig-Holstein	SH	8	0,9	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	4	1,1	4	100,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	21	1,4	16	76,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	87,5	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	6,3
Sachsen-Anhalt	ST	8	0,8	6	75,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	66,7

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten *		angeforderte Stellungnahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***					
		n	%	n	%	U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Thüringen	TH	7	0,8	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	16	3,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	62,5	1	6,3	3	18,8	0	0,0	2	12,5		
Gesamt		487	1,6	318	65,3	22	6,9	0	0,0	9	2,8	225	70,8	6	1,9	42	13,2	1	0,3	13	4,1		

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

5.2.1 Maßnahmen pro AK

Tabelle 13: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018

Auswertungs- modul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffällig- keiten*		keine Maß- nahme **		Hinweis verschickt		Maßnahmen**				weiterführende Maßnahme**							
			n	%	n	%	n	%	n	%	Stellungnahme angefordert	Sonstiges	n	%	Besprechung	Begehung	Zielverein- barung	n	%	
09n1-HSM-IMPL	850098	1.091	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM- AGGW	850165	917	14	1,5	0	0,0	2	14,3	12	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1		
09n3-HSM-REV	850167	897	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850194	769	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI- AGGW	850195	694	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850198	618	2	0,3	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850086	644	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850100	1.097	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850094	849	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850082	705	4	0,6	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	577	5	0,9	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT- FRAK	850352	1.185	8	0,7	0	0,0	3	37,5	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffällig- keiten*		keine Maß- nahme **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			n	%	n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein- barung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HEP	850273	1.260	3	0,2	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850275	1.260	3	0,2	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850277	1.121	13	1,2	0	0,0	6	46,2	7	53,8	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	7,7
KEP	850345	1.092	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850347	985	11	1,1	0	0,0	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850349	1.105	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850096	1.734	22	1,3	1	4,5	4	18,2	17	77,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	851808	1.916	17	0,9	0	0,0	11	64,7	6	35,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850102	1.421	13	0,9	0	0,0	1	7,7	12	92,3	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850290	92	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850292	75	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850254	99	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850240	21	2	9,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	850250	62	2	3,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850252	62	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850246	14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850244	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850242	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	Anzahl daten- liefernder Standorte	rechnerische Auffällig- keiten*		keine Maß- nahme **		Hinweis verschickt		Maßnahmen**				weiterführende Maßnahme**					
			n	%	n	%	n	%	Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielverein- barung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NLS	850248	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850256	38	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		22.468^A	131	0,6	2	1,5	38	29,0	91	69,5	0	0,0	2	1,5	0	0,0	2	1,5

^A Die Gesamtanzahl entspricht nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann, sondern den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.2.2 Bewertungen nach SD pro AK

Tabelle 14: Bewertungen nach dem Strukturiertem Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850098	2	0,2	2	100,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM- AGGW	850165	14	1,5	12	85,7	0	0,0	0	0,0	11	91,7	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850167	1	0,1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850194	3	0,4	3	100,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI- AGGW	850195	2	0,3	2	100,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850198	2	0,3	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850086	1	0,2	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850094	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850082	4	0,6	3	75,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	5	0,9	4	80,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT- FRAK	850352	8	0,7	5	62,5	0	0,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850273	3	0,2	2	66,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850275	3	0,2	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HEP	850277	13	1,2	7	53,8	0	0,0	0	0,0	4	57,1	1	14,3	1	14,3	0	0,0	1	14,3
KEP	850345	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850347	11	1,1	5	45,5	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850349	1	0,1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850096	22	1,3	17	77,3	0	0,0	0	0,0	13	76,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	23,5
DEK	851808	17	0,9	6	35,3	0	0,0	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850102	13	0,9	12	92,3	1	8,3	0	0,0	6	50,0	0	0,0	3	25,0	0	0,0	2	16,7
HCH-AORT-KATH	850290	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850292	1	1,3	1	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850254	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850240	2	9,5	2	100,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-MKU	850250	2	3,2	2	100,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850252	1	1,6	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
LUTX	850246	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850244	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850242	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850248	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PNTX-D	850256	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		131	0,6	91	69,5	4	4,4	2	2,2	61	67,0	5	5,5	11	12,1	0	0,0	8	8,8

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.2.3 Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 15: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffälligkeiten *		keine Maßnahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
			n	%	n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	3.608	19	0,5	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	723	4	0,6	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	687	6	0,9	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	2.363	17	0,7	0	0,0	2	11,8	15	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	161	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	1.627	10	0,6	0	0,0	3	30,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	419	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	513	4	0,8	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	1.994	9	0,5	1	11,1	2	22,2	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	5.082	37	0,7	0	0,0	27	73,0	10	27,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7
Rheinland-Pfalz	RP	1.254	3	0,2	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	700	4	0,6	1	25,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	283	2	0,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	1.135	7	0,6	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	14,3
Sachsen-Anhalt	ST	723	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffälligkeiten *		keine Maßnahme **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **						
			n	%	n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Thüringen	TH	665		3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	531		6	1,1	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		22.468^A		131	0,6	2	1,5	38	29,0	91	69,5	0	0,0	2	1,5	0	0,0	2	1,5

^A Die Gesamtanzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.2.4 Bewertungen nach SD pro Bundesland

Tabelle 16: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zur Überdokumentation zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten *		angeforderte Stellungnahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***					
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Bayern	BA	19	0,5	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	84,2	2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3
Brandenburg	BB	4	0,6	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	6	0,9	6	100,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	17	0,7	15	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	93,3	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	10	0,6	7	70,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	2	28,6	0	0,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	4	0,8	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0
Niedersachsen	NI	9	0,5	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	37	0,7	10	27,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0
Rheinland-Pfalz	RP	3	0,2	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	4	0,6	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	2	0,7	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	7	0,6	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten *		angeforderte Stellungnahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
		n	%	n	%	U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sachsen-Anhalt	ST	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	3	0,5	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	6	1,1	6	100,0	2	33,3	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7
Gesamt		131	0,6	91	69,5	4	4,4	0	0,0	2	2,2	61	67,0	5	5,5	11	12,1	0	0,0	8	8,8

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz

5.3.1 Maßnahmen pro AK

Tabelle 17: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl datenliefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten *		keine Maßnahmen **		Hinweis verschickt		Maßnahmen**				weiterführende Maßnahme**					
			n	%	n	%	n	%	n	%	Stellungnahme angefordert	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850217	1.091	9	0,8	0	0,0	5	55,6	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850218	917	1	0,1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850219	897	4	0,4	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850220	769	5	0,7	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850221	694	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850222	618	6	1,0	0	0,0	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850223	644	7	1,1	0	0,0	2	28,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850225	1.097	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850227	849	7	0,8	0	0,0	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850226	705	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850208	577	31	5,4	0	0,0	9	29,0	22	71,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,5
17n1-HÜFT-FRAK	850368	1.185	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850369	1.260	4	0,3	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl datenliefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten *		keine Maßnahmen **		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			n	%	n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KEP	850370	1.105	8	0,7	0	0,0	1	12,5	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	1.734	3	0,2	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850229	1.421	18	1,3	0	0,0	5	27,8	13	72,2	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	5,6
HCH-D	850281	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		15.663^A	108	0,7	0	0,0	38	35,2	70	64,8	0	0,0	1	0,9	0	0,0	4	3,7

^A Die Gesamtanzahl entspricht nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann, sondern den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.3.2 Bewertungen nach SD pro AK

Tabelle 18: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***					
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99			
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
09n1-HSM-IMPL	850217	9	0,8	4	44,4	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
09n2-HSM-AGGW	850218	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850219	4	0,4	2	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850220	5	0,7	2	40,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850221	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850222	6	1,0	2	33,3	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850223	7	1,1	5	71,4	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850225	2	0,2	2	100,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850227	7	0,8	3	42,9	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850226	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850208	31	5,4	22	71,0	13	59,1	2	9,1	6	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5
17n1-HÜFT-FRAK	850368	3	0,3	3	100,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850369	4	0,3	2	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850370	8	0,7	7	87,5	5	71,4	1	14,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	3	0,2	3	100,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	33,3

Auswertungs- modul	AK-ID	rechnerische Auffällig- keiten*		angeforderte Stellung- nahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PNEU	850229	18	1,3	13	72,2	7	53,8	0	0,0	5	38,5	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
HCH-D	850281	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		108	0,7	70	64,8	41	58,6	5	7,1	17	24,3	1	1,4	2	2,9	1	1,4	3	4,3

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.3.3 Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 19: Maßnahmen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffälligkeiten *		keine Maßnahmen **		Maßnahmen **						weiterführende Maßnahme **					
			n	%	n	%	Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	2.540	12	0,5	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	529	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	487	4	0,8	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	1.643	14	0,9	0	0,0	6	42,9	8	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	112	2	1,8	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	HE	1.137	6	0,5	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	294	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	377	4	1,1	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	1.413	9	0,6	0	0,0	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1
Nordrhein-Westfalen	NW	3.635	31	0,9	0	0,0	21	67,7	10	32,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,5
Rheinland-Pfalz	RP	872	7	0,8	0	0,0	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	491	6	1,2	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	199	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	831	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Sachsen-Anhalt	ST	527	5	0,9	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		Ergebnisse der AKs	rechnerische Auffälligkeiten *		keine Maßnahmen **		Hinweis verschickt		Maßnahmen **				weiterführende Maßnahme **					
			n	%	n	%	n	%	Stellungnahme angefordert		sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
									n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	TH	476	3	0,6	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		15.663^A	108	0,7	0	0,0	38	35,2	70	64,8	0	0,0	1	0,9	0	0,0	4	3,7

^A Die Gesamtanzahl der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien entsprechen nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann.

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

5.3.4 Bewertungen nach SD pro Bundesland

Tabelle 20: Bewertungen pro Bundesland bezüglich der Auffälligkeitskriterien (AK) zum Minimaldatensatz zum EJ 2018

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten *		angeforderte Stellungnahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
						U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	BA	12	0,5	12	100,0	10	83,3	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	BB	2	0,4	2	100,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	BE	4	0,8	4	100,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	BW	14	0,9	8	57,1	4	50,0	0	0,0	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	HB	2	1,8	2	100,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Hessen	HE	6	0,5	6	100,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0
Hamburg	HH	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	MV	4	1,1	4	100,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	NI	9	0,6	8	88,9	7	87,5	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	NW	31	0,9	10	32,3	3	30,0	0	0,0	1	10,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	2	20,0
Rheinland-Pfalz	RP	7	0,8	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	SH	6	1,2	6	100,0	5	83,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	SL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	SN	3	0,4	3	100,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Bundesland und Kürzel		rechnerische Auffälligkeiten *		angeforderte Stellungnahmen **		korrekte Dokumentation ***						fehlerhafte Dokumentation ***						Sonstiges ***			
		n	%	n	%	U30		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sachsen-Anhalt	ST	5	0,9	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	TH	3	0,6	2	66,7	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach § 137 SGB V	IQTIG	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		108	0,7	70	64,8	41	58,6	0	0,0	5	7,1	17	24,3	1	1,4	2	2,9	1	1,4	3	4,3

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.

5.4 Auffälligkeitskriterien zur Dokumentationsrate im Follow-up

Da sich die Dokumentationsraten im Follow-up lediglich auf die direkten Verfahren beziehen und damit Verfahren der Institution nach § 137 SGB V sind, gibt es keine Auswertungen nach Bundesland.

5.4.1 Maßnahmen pro AK

Tabelle 21: Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-up zum EJ 2018

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl datenliefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		keine Maßnahme **		Hinweis verschickt		Maßnahmen**				weiterführende Maßnahme**							
			n	%	n	%	n	%	n	%	Stellungnahme angefordert	Sonstiges	n	%	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung	n	%	
HTXM-TX	850257	20	4	20,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850258	22	3	13,6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-TX	850259	21	2	9,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850266	13	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850267	16	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850268	15	2	13,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850263	22	9	40,9	0	0,0	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850264	21	4	19,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850265	24	10	41,7	0	0,0	2	20,0	8	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850260	10	2	20,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850261	10	3	30,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Anzahl datenliefernder Standorte	rechnerische Auffälligkeiten*		keine Maßnahme**		Maßnahmen**						weiterführende Maßnahme**					
			Hinweis verschickt		Stellungnahme angefordert		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung					
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
LLS	850262	11	2	18,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850269	38	23	60,5	0	0,0	15	65,2	8	34,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850270	38	12	31,6	0	0,0	9	75,0	3	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850271	38	13	34,2	0	0,0	9	69,2	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850278	39	16	41,0	0	0,0	4	25,0	12	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850279	40	9	22,5	0	0,0	3	33,3	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850280	38	10	26,3	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt (Institution nach § 137 SGB V)		436^A	125	28,7	0	0,0	51	40,8	74	59,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

^A Die Gesamtanzahl entspricht nicht der Anzahl der datenliefernden Standorte, da ein Standort zu mehreren AKs Daten geliefert haben kann, sondern den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweilige Anzahl datenliefernder Standorte.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

Hinweis: Es gibt keine Spalte zu „keine Maßnahmen“, weil bei den direkten Verfahren immer Maßnahmen getroffen werden.

5.4.2 Bewertungen nach SD pro AK

Tabelle 22: Bewertungen nach dem Strukturierten Dialog pro Auffälligkeitskriterien (AK) zur Dokumentationsrate im Follow-up zum EJ 2018

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***					
		n	%	n	%	U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99			
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
HTXM-TX	850257	4	20,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
HTXM-TX	850258	3	13,6	3	100,0	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
HTXM-TX	850259	2	9,5	2	100,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
LUTX	850266	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850267	1	6,3	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850268	2	13,3	2	100,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850263	9	40,9	8	88,9	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850264	4	19,0	3	75,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850265	10	41,7	8	80,0	0	0,0	2	25,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850260	2	20,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850261	3	30,0	2	66,7	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850262	2	18,2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850269	23	60,5	8	34,8	0	0,0	0	0,0	7	87,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850270	12	31,6	3	25,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850271	13	34,2	4	30,8	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	rechnerische Auffälligkeiten*		angeforderte Stellungnahmen**		korrekte Dokumentation***				fehlerhafte Dokumentation***						sonstiges***			
						U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PNTX-D	850278	16	41,0	12	75,0	0	0,0	0	0,0	11	91,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850279	9	22,5	6	66,7	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850280	10	26,3	6	60,0	0	0,0	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt (Institution nach § 137 SGB V)		125	28,7	74	59,2	0	0,0	13	17,6	56	75,7	1	1,4	1	1,4	0	0,0	3	4,1

* Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien.

** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten.

*** Die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die jeweiligen angeforderten Stellungnahmen.