



Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zur Datenvalidierung 2010

Erfassungsjahr 2009

Ambulant erworbene Pneumonie, Gynäkologische Operationen
und isolierte Aortenklappenchirurgie

Anhang

Stand: 29. Juni 2011

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Datenvalidierung 2010 zum Erfassungsjahr 2009

Ambulant erworbene Pneumonie, Gynäkologische Operationen und isolierte Aortenklappenchirurgie

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. Mai 2011

(Redaktionelle Überarbeitung am 20. Juni 2011 und am 29. Juni 2011)

Anschrift des Herausgebers:

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

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

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

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

1. Lesehilfe zu den Tabellen	8
1.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	8
1.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	10
Ambulant erworbene Pneumonie	13
2. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	13
2.1. AK1: Auffällig häufig gleicher Wert bei „Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	13
2.2. AK2: Auffällig häufige Angabe von ≥ 30 Atemzüge pro Minute bei „Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	14
2.3. AK3 Häufig „unplausible“ Werte < 6 oder > 50 Atemzüge pro Minute bei „Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	15
2.4. Auffällig häufige Angabe von ≤ 60 mmHg bei dem Risikokriterium „diastolischer Blutdruck bei Aufnahme“	16
2.5. AK5: Keine verstorbenen Patienten der Risikoklasse 2 oder 3	17
2.6. AK6: Häufig Angabe einer vorzeitigen Einstellung der Antibiotikatherapie wegen infauster Prognose der Grunderkrankung	18
3. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	19
3.1. Datenfeld 10: maschinelle Beatmung (bei Aufnahme).....	19
3.2. Datenfeld 11: Desorientierung (bei Aufnahme).....	20
3.2.1. Datenfeld 11: Pneumoniebedingte Desorientierung (bei Aufnahme).....	21
3.3. Datenfeld 12: spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme)	22
3.3.2. Datenfeld 12: spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) ≥ 30 /min	23
3.4. Datenfeld: 13: Blutdruck systolisch (bei Aufnahme)	24
3.4.1. Datenfeld: 13: Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) < 90 mmHg	25
3.5. Datenfeld 14: Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme).....	26
3.5.1. Datenfeld 14: Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) ≤ 60 mmHg.....	27
3.6. Datenfeld 15: Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie.....	28
3.6.2. Datenfeld 15: Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie – erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden.....	29
3.7. Datenfeld 16: initiale antimikrobielle Therapie	30
3.7.1. Datenfeld 16: initiale antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden	31
3.8. Datenfeld 18: Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthalts.....	32
3.9. Datenfeld 19: Abfall des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthalts	33
3.10. Datenfeld 21: maschinelle Beatmung	34
3.10.1. Datenfeld 21: maschinelle Beatmung (ja/nein)	35
3.11. Datenfeld 24: Einstellung der antimikrobiellen Therapie	36

3.12. Datenfeld 27: Entlassungsgrund.....	37
3.13. Datenfeld 28: Desorientierung vor Entlassung	38
3.13.1. Datenfeld 28: Pneumoniebedingte Desorientierung vor Entlassung	39
3.14. Datenfeld 29: stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme (vor Entlassung)	40
3.15. Datenfeld 30: spontane Atemfrequenz (vor Entlassung).....	41
3.15.1. Datenfeld 30: spontane Atemfrequenz (vor Entlassung) \leq 24/min.....	42
Gynäkologische Operationen	43
4. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	43
4.1. AK1: Alle Krankenhäuser mit mindestens einer Patientin \geq 55 LJ bei isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“	43
4.2. AK2: 0 Organverletzungen in Krankenhäusern mit mindestens 100 laparoskopischen Operationen ..	44
5. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	45
5.1. Datenfeld 10: Voroperation im gleichen OP-Gebiet	45
5.2. Datenfeld 12: Medikamentöse Thromboseprophylaxe.....	46
5.3. Datenfeld 13: Perioperative Antibiotikaprophylaxe.....	47
5.4. Datenfeld 16: Operation (OPS).....	48
5.5. Datenfeld 16: Operation (OPS) – Konisation.....	49
5.6. Datenfeld 16: Operation (OPS) – Hysterektomie	50
5.7. Datenfeld 16: Operation (OPS) – vollständige Entfernung der Adnexe oder des Ovars.....	51
5.8. Datenfeld 16: Operation (OPS) – laparoskopischer OP-Zugang.....	52
5.9. Datenfeld 19: Intraoperative Komplikationen	53
5.10. Datenfeld 20: Art der Komplikation	54
5.11. Datenfeld 21: Postoperative Komplikation(en).....	55
5.12. Datenfeld 22: Art der Komplikation	56
5.13. Datenfeld 23: Postoperative Histologie	57
5.14. Datenfeld 24: Führender Befund	58
5.15. Datenfeld 24: Führender Befund – Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteumzyste oder Adnexe: histologisch Normalbefund.....	59
5.16. Datenfeld 35: Entlassungsdiagnose(n) (ICD-10)	61
5.17. Datenfeld 35: Entlassungsdiagnose(n) (ICD-10) – Karzinom.....	62
5.18. Datenfeld 35: Entlassungsdiagnose(n) (ICD-10) – Endometriose.....	63
Isolierte Aortenklappenchirurgie	64
6. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog – isolierte Aortenklappenchirurgie, konventionell	64
6.1. AK1a: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors BMI $>$ 35	64
6.2. AK1b: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz Beschwerden in Ruhe (NYHA IV).....	65
6.3. AK1c: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors kritischer präoperativer Status (nach AKL-SCORE).....	66

6.4.	AK1d: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors LVEF mittel (30-50%)	67
6.5.	AK1e: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors LVEF schlecht (< 30%).....	68
6.6.	AK1f: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors Arterielle Gefäßerkrankungen	69
6.7.	AK1g: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors Neurologische Dysfunktion	70
6.8.	AK1h: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors präoperativer Status (nach EuroSCORE)	71
7.	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog – isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt	72
7.1.	AK1a: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors BMI > 35	72
7.2.	AK1b: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz Beschwerden in Ruhe (NYHA IV).....	73
7.3.	AK1c: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors kritischer präoperativer Status (nach AKL-SCORE).....	74
7.4.	AK1d: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors LVEF mittel (30-50%)	75
7.5.	AK1e: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors LVEF schlecht (< 30%).....	76
7.6.	AK1f: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors Arterielle Gefäßerkrankungen	77
7.7.	AK1g: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors Neurologische Dysfunktion	78
7.8.	AK1h: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors präoperativer Status (nach EuroSCORE)	79
8.	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog – isolierte Aortenklappenchirurgie	80
8.1.	AK2: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten	80
9.	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	81
9.1.	Datenfeld 9: NYHA-Klassifikation (gesamt)	81
9.1.1.	Datenfeld 9: NYHA-IV – Klassifikation (gesamt).....	82
9.1.2.	Datenfeld 9: NYHA-IV – Klassifikation (konventionell)	83
9.1.3.	Datenfeld 9: NYHA-IV – Klassifikation (kathetergestützt)	84
10.	Datenfeld 12: kardiogener Schock/Dekompensation (gesamt)	85
10.1.	Datenfeld 12: kardiogener Schock/Dekompensation innerhalb der letzten 48 Stunden (gesamt)	86
10.2.	Datenfeld 12: Datenfeld 12: kardiogener Schock/Dekompensation innerhalb der letzten 48 Stunden (konventionell).....	87
10.3.	Datenfeld 12: kardiogener Schock/Dekompensation innerhalb der letzten 48 Stunden (kathetergestützt)	88
11.	Datenfeld 13: Reanimation (gesamt).....	89
11.1.	Datenfeld 13: Reanimation – letzte innerhalb der letzten 48 Stunden (gesamt).....	90
11.2.	Datenfeld 13: Reanimation – letzte innerhalb der letzten 48 Stunden (konventionell)	91
11.3.	Datenfeld 13: Reanimation – letzte innerhalb der letzten 48 Stunden (kathetergestützt).....	92
12.	Datenfeld 14: Patient wird beatmet	93
12.1.	Datenfeld 14: Patient wird beatmet (konventionell).....	94
12.2.	Datenfeld 14: Patient wird beatmet (kathetergestützt).....	95
13.	Datenfeld 15: pulmonale Hypertonie (gesamt)	96
13.1.	Datenfeld 15: pulmonale Hypertonie (konventionell).....	97
13.2.	Datenfeld 15: pulmonale Hypertonie (kathetergestützt)	98

14. Datenfeld 19: LVEF (gesamt)	99
14.1. Datenfeld 19: LVEF (konventionell)	100
14.2. Datenfeld 19: LVEF (kathetergestützt)	101
15. Datenfeld 24: Akute Infektionen (gesamt)	102
15.1. Datenfeld 24: Akute Infektionen – Mediastinitis/Wundinfektion Thorax (gesamt)	103
15.2. Datenfeld 24: Akute Infektionen – Mediastinitis/Wundinfektion Thorax (konventionell)	104
15.3. Datenfeld 24: Akute Infektionen – Mediastinitis/Wundinfektion Thorax (kathetergestützt)	105
16. Datenfeld 26: Arterielle Gefäßerkrankungen (gesamt).....	106
16.1. Datenfeld 26: Arterielle Gefäßerkrankungen (konventionell)	107
16.2. Datenfeld 26: Arterielle Gefäßerkrankungen (kathetergestützt).....	108
17. Datenfeld 31: Lungenerkrankung(en) (gesamt).....	109
17.1. Datenfeld 31: Lungenerkrankung(en) – COPD (gesamt).....	110
17.2. Datenfeld 31: Lungenerkrankung(en) – COPD (konventionell)	111
17.3. Datenfeld 31: Lungenerkrankung(en) – COPD (kathetergestützt).....	112
18. Datenfeld 32: neurologische Erkrankung(en) (gesamt).....	113
18.1. Datenfeld 32: Neurologische Erkrankung – zerebrovaskulär (gesamt)	114
18.2. Datenfeld 32: Neurologische Erkrankung – zerebrovaskulär (konventionell).....	115
18.3. Datenfeld 32: Neurologische Erkrankung – zerebrovaskulär (kathetergestützt)	116
19. Datenfeld 33: Schweregrad der Behinderung (gesamt)	117
19.1. Datenfeld 33: Schweregrad der Behinderung (konventionell)	118
19.2. Datenfeld 33: Schweregrad der Behinderung (kathetergestützt)	119
20. Datenfeld 34: präoperative Nierenersatztherapie (gesamt).....	120
20.1. Datenfeld 34: präoperative Nierenersatztherapie (ja/nein) (gesamt).....	121
20.2. Datenfeld 34: präoperative Nierenersatztherapie (ja/nein) (konventionell).....	122
20.3. Datenfeld 34: präoperative Nierenersatztherapie (ja/nein) (kathetergestützt).....	123
21. Datenfeld 35: Präoperativer Kreatininwert (gesamt)	124
21.1. Datenfeld 35: Präoperativer Kreatininwert > 2,3 (gesamt).....	125
21.2. Datenfeld 35: Präoperativer Kreatininwert > 2,6 (konventionell)	126
21.3. Datenfeld 35: Präoperativer Kreatininwert > 2,6 (kathetergestützt).....	127
22. Datenfeld 43: Dringlichkeit (gesamt)	128
22.1. Datenfeld 43: Dringlichkeit – Notfall (gesamt).....	129
22.2. Datenfeld 43: Dringlichkeit – Notfall (konventionell)	130
22.3. Datenfeld 43: Dringlichkeit – Notfall (kathetergestützt)	131
23. Datenfeld 46: Inotrope (gesamt)	132
23.1. Datenfeld 46: Inotrope (konventionell).....	133
23.2. Datenfeld 46: Inotrope (kathetergestützt)	134
24. Datenfeld 51: OP-Zeit (gesamt)	135
24.1. Datenfeld 51: OP-Zeit (konventionell)	136
24.2. Datenfeld 51: OP-Zeit (kathetergestützt)	137

25. Datenfeld 75: Mediastinitis (gesamt)	138
25.1. Datenfeld 75: Mediastinitis (konventionell)	139
25.2. Datenfeld 75: Mediastinitis (kathetergestützt)	140
26. Datenfeld 79: Rethorakotomie/Grund (gesamt).....	141
26.1. Datenfeld 79: Rethorakotomie/Grund (konventionell)	142
26.2. Datenfeld 79: Rethorakotomie/Grund (kathetergestützt).....	143
27. Datenfeld 81: Zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung (gesamt)	144
27.1. Datenfeld 81: Zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung (konventionell).....	145
27.2. Datenfeld 81: Zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung (kathetergestützt)	146
28. Datenfeld 86: Postoperativer Kreatininwert (gesamt).....	147
28.1. Datenfeld 86: Postoperativer Kreatininwert (konventionell)	148
28.2. Datenfeld 86: Postoperativer Kreatininwert (kathetergestützt).....	149
29. Datenfeld 88: Postoperative Nierenersatztherapie (gesamt).....	150
29.1. Datenfeld 88: Postoperative Nierenersatztherapie – akut (gesamt)	151
29.2. Datenfeld 88: Postoperative Nierenersatztherapie – akut (konventionell)	152
29.3. Datenfeld 88: Postoperative Nierenersatztherapie – akut (kathetergestützt)	153
30. Datenfeld 96: Entlassungsgrund = Tod (gesamt)	154
30.1. Datenfeld 96: Entlassungsgrund = Tod (konventionell)	155
30.2. Datenfeld 96: Entlassungsgrund = Tod (kathetergestützt)	156

1. Lesehilfe zu den Tabellen

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

1.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

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

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

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

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

Bewertung der Stellungnahmen	Antwortkategorien im Strukturierten Dialog
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	<ul style="list-style-type: none"> ▪ das Krankenhaus kann wegen einer stark abweichenden klinischen Situation (besondere Patienten, besondere Therapien etc.) mit den anderen nicht verglichen werden ▪ das Krankenhaus bestätigt korrekte Dokumentation ▪ das abweichende Ergebnis ist durch ganz besondere Einzelfälle entstanden, die jeweils gut begründet sind (Vorlage von Epikrisen) ▪ das Krankenhaus beruft sich darauf, dass das Ergebnis nicht signifikant vom Referenzwert abweicht ▪ das Krankenhaus nennt Mängel der Struktur- oder Prozessqualität, die das auffallende Ergebnis erzeugt haben (könnten)
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12} Dokumentationsfehler ¹⁰ Softwarefehler ¹¹ andere organisatorische Probleme ¹²	<p>es wurde falsch dokumentiert (menschlicher Fehler, ungenügende Information, Missverständnisse etc.)</p> <p>Softwareprobleme bedingten eine falsche Dokumentation</p> <p>andere organisatorische Probleme (z.B. nicht Verfügbarkeit von Informationen, da Akte außerhalb des Hauses)</p>
sonstige Antworten ^{0, 50, 99} keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰ Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰ Sonstiges ⁹⁹	<p>das Krankenhaus hat keinen Grund für die Auffälligkeit genannt</p> <p>das Krankenhaus kann die Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysieren (z.B. durch organisatorische Veränderungen, Chefarztwechsel, Fusion etc.)</p> <p>Sonstiges (im Kommentar erläutert)</p>

	Erläuterung
eingegangene Stellungnahmen	Anzahl an eingegangenen Stellungnahmen an allen angeforderten Stellungnahmen
unbeantwortete Stellungnahmen	Anzahl an unbeantworteten Stellungnahmen an allen angeforderten Stellungnahmen

1.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für alle ausgewählten Datenfelder werden die durch Zweiterfassung aus der Patientenakte erhobenen Daten mit den vom Krankenhaus erfassten und übermittelten QS-Dokumentationen im Bundesdatenpool des Erfassungsjahrs 2009 verglichen. Um die Ergebnisse des Datenabgleich zu veranschaulichen wird zur Darstellung in der Regel eine sogenannte Kreuztabellen (Kontingenztafeln, 4-Felder-Tafeln) verwendet (s. unten). Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden bei Bedarf mehrere Antwortmöglichkeiten (Schlüsselcodes) zu medizinisch relevanten Kategorien zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen entsprechen der Verwendung in den Qualitätsindikatoren.

		in Patientenakte			Gesamt
		ja, pneumonie-bedingt	nein	aus PA nicht ersichtlich	
in QS-Dokumentation	ja, pneumonie-bedingt	64 4,3%	58 3,9%	3 0,2%	125 8,5%
	nein	34 2,3%	1.303 88,3%	14 0,9%	1.351 91,5%
Gesamt		98 6,6%	1.361 92,2%	17 1,2%	1.476 100,0%

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

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

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

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

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

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

Interpretation der Kennzahlen:

Zur Bewertung der Dokumentationsqualität in einem Datenfeld sollten wenn möglich die Sensitivität und die Spezifität herangezogen werden (Begründung s. Kapitel 4.2.2 des Berichts zur Datenvalidierung 2010). Hierbei wird die folgende Kategorisierung vorgeschlagen:

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

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

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

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

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

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

Ambulant erworbene Pneumonie

2. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

2.1. AK1: Auffällig häufig gleicher Wert bei „Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit gleicher Atemfrequenz (häufigster Wert = Modalwert)
Beschreibung Nenner	Ausschluss von Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme oder einer Atemfrequenz < 6 und ≥ 30
Referenzbereich	≤ 50%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.270/1.350	94,1%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	33/1.270	2,6%
keine Maßnahme	1/33	3,0%
Hinweise verschickt	2/33	6,1%
Stellungnahmen angefordert	30/33	90,9%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	11/30	36,7%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	16/30	53,3%
Dokumentationsfehler ¹⁰	13/30	43,3%
Softwarefehler ¹¹	3/30	10,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/30	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/30	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/30	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/30	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/30	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	27/30	90,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	3/30	10,0%

*s. Kapitel 1.1: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

2.2. AK2: Auffällig häufige Angabe von ≥ 30 Atemzüge pro Minute bei „Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit Angabe von ≥ 30 Atemzüge pro Minute bei dem Risikokriterium „Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
Beschreibung Nenner	Ausschluss von Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme
Referenzbereich	$\leq 50\%$
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.274/1.350	94,4%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	14/1.274	1,1%
keine Maßnahme	0/14	0,0%
Hinweise verschickt	0/14	0,0%
Stellungnahmen angefordert	14/14	100,0%

Einordnung der Stellungnahmen *	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	3/14	21,4%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	11/14	78,6%
Dokumentationsfehler ¹⁰	3/14	21,4%
Softwarefehler ¹¹	0/14	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/14	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/14	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/14	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/14	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/14	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	14/14	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/14	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

2.3. AK3 Häufig „unplausible“ Werte < 6 oder >50 Atemzüge pro Minute bei „Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit Atemfrequenz < 6 oder >50 Atemzüge pro Minute
Beschreibung Nenner	Ausschluss von Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme
Referenzbereich	≤ 1%
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	72/1.350	5,3%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	45/72	62,5%
keine Maßnahme	0/45	0,0%
Hinweise verschickt	6/45	13,3%
Stellungnahmen angefordert	39/45	86,7%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	14/39	35,9%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	19/39	48,7%
Dokumentationsfehler ¹⁰	16/39	41,0%
Softwarefehler ¹¹	1/39	2,6%
andere organisatorische Probleme ¹²	2/39	5,1%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	1/39	2,6%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/39	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/39	0,0%
sonstiges ⁹⁹	1/39	2,6%
eingegangene Stellungnahmen	34/39	87,2%
unbeantwortete Stellungnahmen	5/39	12,8%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

2.4. Auffällig häufige Angabe von ≤ 60 mmHg bei dem Risikokriterium „diastolischer Blutdruck bei Aufnahme“

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit Angabe von ≤ 60 mmHg bei dem Risikokriterium „diastolischer Blutdruck bei Aufnahme“
Beschreibung Nenner	Ausschluss von Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme
Referenzbereich	≤ 45
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.274/1.350	94,4%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	21/1.274	1,6%
keine Maßnahme	0/21	0,0%
Hinweise verschickt	4/21	19,0%
Stellungnahmen angefordert	17/21	81,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	9/17	52,9%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	6/17	35,3%
Dokumentationsfehler ¹⁰	5/17	29,4%
Softwarefehler ¹¹	1/17	5,9%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/17	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/17	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/17	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/17	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/17	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	15/17	88,2%
unbeantwortete Stellungnahmen	2/17	11,8%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

2.5. AK5: Keine verstorbenen Patienten der Risikoklasse 2 oder 3

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund=7)
Beschreibung Nenner	Patienten der Risikoklasse 2 oder 3
Referenzbereich	>0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.270/1.350	94,1%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	21/1.270	1,7%
keine Maßnahme	4/21	19,0%
Hinweise verschickt	3/21	14,3%
Stellungnahmen angefordert	14/21	66,7%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	12/14	85,7%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	2/14	14,3%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/14	0,0%
Softwarefehler ¹¹	2/14	14,3%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/14	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/14	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/14	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/14	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/14	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	14/14	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/14	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

2.6. AK6: Häufig Angabe einer vorzeitigen Einstellung der Antibiotikatherapie wegen infauster Prognose der Grunderkrankung

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit vorzeitiger Einstellung der Antibiotikatherapie wegen infauster Prognose der Grunderkrankung
Beschreibung Nenner	alle Patienten
Referenzbereich	
Mindestzahl Zähler	≤ 20%
Mindestzahl Nenner	10

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.275 / 1.350	94,4%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	57 / 1.275	4,5%
keine Maßnahme	0 / 57	0,0%
Hinweise verschickt	0 / 57	0,0%
Stellungnahmen angefordert	57 / 57	100,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	9 / 57	15,8%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	43 / 57	75,4%
Dokumentationsfehler ¹⁰	43 / 57	75,4%
Softwarefehler ¹¹	0 / 57	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0 / 57	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0 / 57	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0 / 57	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0 / 57	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0 / 57	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	52 / 57	91,2%
unbeantwortete Stellungnahmen	5 / 57	8,8%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

3. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

3.1. Datenfeld 10: maschinelle Beatmung (bei Aufnahme)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.507	100,0%
davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.507	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	20 1,3%	6 0,4%	26 1,7%
	nein	5 0,3%	1.476 97,9%	1.481 98,3%
Gesamt		25 1,7%	1.482 98,3%	1.507 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.496 / 1.507	99,3%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11 / 1.507	0,7%
Sensitivität	20 / 25	80,0%
Spezifität	1.476 / 1.482	99,6%
positiv prädiktiver Wert	20 / 26	76,9%
negativ prädiktiver Wert	1.476 / 1.481	99,7%

3.2. Datenfeld 11: Desorientierung (bei Aufnahme)

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine maschinelle Beatmung erhalten haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.476	100,0%
davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.459	98,8%

		in Patientenakte				Gesamt
		ja, pneumonie-bedingt	ja, nicht pneumonie-bedingt	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja, pneumonie-bedingt	64 4,3%	28 1,9%	30 2,0%	3 0,2%	125 8,5%
	ja, nicht pneumonie-bedingt	17 1,2%	334 22,6%	22 1,5%	7 0,5%	380 25,7%
	nein	17 1,2%	35 2,4%	912 61,8%	7 0,5%	971 65,8%
Gesamt		98 6,6%	397 26,9%	964 65,3%	17 1,2%	1.476 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.310/1.459	89,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	149/1.459	10,2%

3.2.1. Datenfeld 11: Pneumoniebedingte Desorientierung (bei Aufnahme)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.476	100,0%
davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.459	98,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja, pneumonie-bedingt	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja, pneumonie-bedingt	64 4,3%	58 3,9%	3 0,2%	125 8,5%
	nein	34 2,3%	1.303 88,3%	14 0,9%	1.351 91,5%
Gesamt		98 6,6%	1.361 92,2%	17 1,2%	1.476 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.367 / 1.459	93,7%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	92 / 1.459	6,3%
Sensitivität	64 / 98	65,3%
Spezifität	1.303 / 1.361	95,7%
positiv prädiktiver Wert	64 / 122	52,5%
negativ prädiktiver Wert	1.303 / 1.337	97,5%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des CRB-Scores eine Dichotomisierung des Datenfeldes Desorientierung (bei Aufnahme) erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

3.3. Datenfeld 12: spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme)

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine maschinelle Beatmung erhalten haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.476	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.118	75,7%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	980/1.118	87,7%
Abweichung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	138/1.118	12,3%
Eintrag in der Patientenakte größer als in QS-Dokumentation davon	77/138	55,8%
≤ 2 min	27/77	35,1%
> 2 min	50/77	64,9%
Eintrag in der Patientenakte kleiner als in QS-Dokumentation davon	61/138	44,2%
≤ 2 min	15/61	24,6%
> 2 min	46/61	75,4%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 2 min zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	1.022/1.118	91,4%
Abweichung >2 min zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	96/1.118	8,6%

3.3.2. Datenfeld 12: spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme) ≥ 30 /min

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine maschinelle Beatmung erhalten haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.476	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.118	75,7%

		in Patientenakte			Gesamt
		≥ 30 /min	< 30 /min	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	≥ 30 /min	149 10,1%	19 1,3%	40 2,7%	208 14,1%
	< 30 /min	21 1,4%	929 62,9%	318 21,5%	1.268 85,9%
Gesamt		170 11,5%	948 64,2%	358 24,3%	1.476 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.078/1.118	96,4%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	40/1.118	3,6%
Sensitivität	149/170	87,6%
Spezifität	929/948	98,0%
positiv prädiktiver Wert	149/168	88,7%
negativ prädiktiver Wert	929/950	97,8%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des CRB-Scores eine Dichotomisierung der Atemfrequenz in ≥ 30 /min und < 30 /min erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

3.4. Datenfeld: 13: Blutdruck systolisch (bei Aufnahme)

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine maschinelle Beatmung erhalten haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.476	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.469	99,5%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.113 / 1.469	75,8%
Abweichung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	356 / 1.469	24,2%
Eintrag in der Patientenakte größer als in QS-Dokumentation davon	187 / 356	52,5%
≤ 5 mmHg	10 / 187	5,3%
> 5 mmHg	177 / 187	94,7%
Eintrag in der Patientenakte kleiner als in QS-Dokumentation davon	169 / 356	47,5%
≤ 5 mmHg	23 / 169	13,6%
> 5 mmHg	146 / 169	86,4%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 5 mmHg zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	1.146 / 1.469	78,0%
Abweichung > 5 mmHg zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	323 / 1.469	22,0%

3.4.1. Datenfeld: 13: Blutdruck systolisch (bei Aufnahme) < 90 mmHg

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine maschinelle Beatmung erhalten haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.476	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.469	99,5%

		in Patientenakte			Gesamt
		< 90 mmHG	≥ 90 mmHG	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	< 90 mmHG	61 4,1%	20 1,4%	0 0,0%	81 5,5%
	≥ 90 mmHG	17 1,2%	1.371 92,9%	7 0,5%	1.395 94,5%
Gesamt		78 5,3%	1.391 94,2%	7 0,5%	1.476 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.432 / 1.469	97,5%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	37 / 1.469	2,5%
Sensitivität	61 / 78	78,2%
Spezifität	1.371 / 1.391	98,6%
positiv prädiktiver Wert	61 / 81	75,3%
negativ prädiktiver Wert	1.371 / 1.388	98,8%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des CRB-Scores eine Dichotomisierung des systolischen Blutdrucks (< 90 mmHg und ≥ 90 mmHg) erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

3.5. Datenfeld 14: Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme)

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine maschinelle Beatmung erhalten haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.476	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.466	99,3%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.093/1.466	74,6%
Abweichung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	373/1.466	25,4%
Eintrag in der Patientenakte größer als in QS-Dokumentation davon	168/373	45,0%
≤ 5 mmHg	9/168	5,4%
> 5 mmHg	159/168	94,6%
Eintrag in der Patientenakte kleiner als in QS-Dokumentation davon	205/373	55,0%
≤ 5 mmHg	39/205	19,0%
> 5 mmHg	166/205	81,0%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 5mmHg zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	1.141/1.466	77,8%
Abweichung >5 mmHg zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	325/1.466	22,2%

3.5.1. Datenfeld 14: Blutdruck diastolisch (bei Aufnahme) ≤ 60 mmHg

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine maschinelle Beatmung erhalten haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.476	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.466	99,3%

		in Patientenakte			Gesamt
		≤ 60 mmHG	> 60 mmHG	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	≤ 60 mmHG	300 20,3%	50 3,4%	4 0,3%	354 24,0%
	> 60 mmHG	67 4,5%	1.049 71,1%	6 0,4%	1.122 76,0%
Gesamt		367 24,9%	1.099 74,5%	10 0,7%	1.476 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.349/1.466	92,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	117/1.466	8,0%
Sensitivität	300/367	81,7%
Spezifität	1.049/1.099	95,5%
positiv prädiktiver Wert	300/350	85,7%
negativ prädiktiver Wert	1.049/1.116	94,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des CRB-Scores eine Dichotomisierung des diastolischen Blutdrucks (≤ 60 mmHg und ≥ 60 mmHg) erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

3.6. Datenfeld 15: Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.507	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.481	98,3%

		in Patientenakte						Gesamt
		weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	4 bis unter 8 Stunden	8 Stunden und später	ja, Zeitpunkt unbekannt	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	36 2,4%	20 1,3%	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	5 0,3%	62 4,1%
	innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	29 1,9%	1.279 84,9%	11 0,7%	29 1,9%	2 0,1%	19 1,3%	1.369 90,8%
	4 bis unter 8 Stunden	4 0,3%	20 1,3%	8 0,5%	5 0,3%	1 0,1%	1 0,1%	39 2,6%
	8 Stunden und später	3 0,2%	10 0,7%	1 0,1%	22 1,5%	0 0,0%	1 0,1%	37 2,5%
Gesamt		72 4,8%	1.329 88,2%	20 1,3%	57 3,8%	3 0,2%	26 1,7%	1.507 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.345/1.481	90,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	136/1.481	9,2%

Anmerkung zur Auswertung:

Bei der Zweiterfassung wurde zusätzlich zu den bestehenden Kategorien, die Kategorie „ja, Zeitpunkt unbekannt“ verwendet.

3.6.2. Datenfeld 15: Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie – erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.507	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.481	98,3%

		in Patientenakte			Gesamt
		innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme	später als 8 Stunden oder-Zeitpunkt unbekannt oder nicht durchgeführt	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme	1.318 87,5%	70 4,6%	20 1,3%	1.408 93,4%
	später als 8 Stunden oder nicht durchgeführt	31 2,1%	62 4,1%	6 0,4%	99 6,6%
Gesamt		1.349 89,5%	132 8,8%	26 1,7%	1.507 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.380 / 1.481	93,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	101 / 1.481	6,8%
Sensitivität	1.318 / 1.349	97,7%
Spezifität	62 / 132	47,0%
positiv prädiktiver Wert	1.318 / 1.388	95,0%
negativ prädiktiver Wert	62 / 93	66,7%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 1 „Ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

3.7. Datenfeld 16: initiale antimikrobielle Therapie

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.507	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.482	98,3%

		in Patientenakte					Gesamt
		keine antimikrobielle Therapie	innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	4 bis unter 8 Stunden	8 Stunden und später	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	keine antimikrobielle Therapie	24 1,6%	13 0,9%	1 0,1%	3 0,2%	0 0,0%	41 2,7%
	innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	9 0,6%	1.113 73,9%	62 4,1%	86 5,7%	25 1,7%	1.295 85,9%
	4 bis unter 8 Stunden	0 0,0%	35 2,3%	40 2,7%	11 0,7%	0 0,0%	86 5,7%
	8 Stunden und später	4 0,3%	12 0,8%	3 0,2%	66 4,4%	0 0,0%	85 5,6%
Gesamt		37 2,5%	1.173 77,8%	106 7,0%	166 11,0%	25 1,7%	1.507 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.243 / 1.482	83,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	239 / 1.482	16,1%

3.7.1. Datenfeld 16: initiale antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.507	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.482	98,3%

		in Patientenakte			Gesamt
		innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme	später als 8 Stunden oder keine antimb. Therapie	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme	1.250 82,9%	106 7,0%	25 1,7%	1.381 91,6%
	später als 8 Stunden oder keine antimb. Therapie	29 1,9%	97 6,4%	0 0,0%	126 8,4%
Gesamt		1.279 84,9%	203 13,5%	25 1,7%	1.507 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.347 / 1.482	90,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	135 / 1.482	9,1%
Sensitivität	1.250 / 1.279	97,7%
Spezifität	97 / 203	47,8%
positiv prädiktiver Wert	1.250 / 1.356	92,2%
negativ prädiktiver Wert	97 / 126	77,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 2 „Antimikrobielle Therapie“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

3.8. Datenfeld 18: Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthalts

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.507	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.502	99,7%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	1.304 86,5%	68 4,5%	4 0,3%	1.376 91,3%
	nein	32 2,1%	98 6,5%	1 0,1%	131 8,7%
Gesamt		1.336 88,7%	166 11,0%	5 0,3%	1.507 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.402 / 1.502	93,3%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 / 1.502	6,7%
Sensitivität	1.304 / 1.336	97,6%
Spezifität	98 / 166	59,0%
positiv prädiktiver Wert	1.304 / 1.372	95,0%
negativ prädiktiver Wert	98 / 130	75,4%

3.9. Datenfeld 19: Abfall des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthalts

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthalts haben.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.304	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.303	99,9%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	996 76,4%	94 7,2%	1 0,1%	1.091 83,7%
	nein	64 4,9%	149 11,4%	0 0,0%	213 16,3%
Gesamt		1.060 81,3%	243 18,6%	1 0,1%	1.304 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.145 / 1.303	87,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	158 / 1.303	12,1%
Sensitivität	996 / 1.060	94,0%
Spezifität	149 / 243	61,3%
positiv prädiktiver Wert	996 / 1.090	91,4%
negativ prädiktiver Wert	149 / 213	70,0%

3.10. Datenfeld 21: maschinelle Beatmung

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.507	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.506	99,9%

		in Patientenakte					Gesamt
		ja, ausschließlich nicht-invasiv	ja, ausschließlich invasiv	ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja, ausschließlich nicht-invasiv	20 1,3%	3 0,2%	2 0,1%	0 0,0%	1 0,1%	26 1,7%
	ja, ausschließlich invasiv	3 0,2%	38 2,5%	4 0,3%	2 0,1%	0 0,0%	47 3,1%
	ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	1 0,1%	1 0,1%	9 0,6%	0 0,0%	0 0,0%	11 0,7%
	nein	7 0,5%	6 0,4%	0 0,0%	1.410 93,6%	0 0,0%	1.423 94,4%
Gesamt		31 2,1%	48 3,2%	15 1,0%	1.412 93,7%	1 0,1%	1.507 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.477 / 1.506	98,1%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	29 / 1.506	1,9%

3.10.1. Datenfeld 21: maschinelle Beatmung (ja/nein)**Grundgesamtheit: alle Patienten**

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.507	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.506	99,9%

		in Patientenakte			Gesamt
		maschinelle Beatmung	keine maschinelle Beatmung	nicht aus PA ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	maschinelle Beatmung	81 5,4%	2 0,1%	1 0,1%	84 5,6%
	keine maschinelle Beatmung	13 0,9%	1.410 93,6%	0 0,0%	1.423 94,4%
Gesamt		94 6,2%	1.412 93,7%	1 0,1%	1.507 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.491 / 1.506	99,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15 / 1.506	1,0%
Sensitivität	81 / 94	86,2%
Spezifität	1.410 / 1.412	99,9%
positiv prädiktiver Wert	81 / 83	97,6%
negativ prädiktiver Wert	1.410 / 1.423	99,1%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 3 „Frühmobilisation“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes maschinelle Beatmung (ja/nein) erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

3.11. Datenfeld 24: Einstellung der antimikrobiellen Therapie

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.507	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.504	99,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	35 2,3%	76 5,0%	2 0,1%	113 7,5%
	nein	8 0,5%	1.385 91,9%	1 0,1%	1.394 92,5%
Gesamt		43 2,9%	1.461 96,9%	3 0,2%	1.507 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.420/1.504	94,4%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	84/1.504	5,6%
Sensitivität	35/43	81,4%
Spezifität	1.385/1.461	94,8%
positiv prädiktiver Wert	35/111	31,5%
negativ prädiktiver Wert	1.385/1.393	99,4%

3.12. Datenfeld 27: Entlassungsgrund

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.507	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.507	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		Tod	lebend entlassen	
in QS-Dokumentation	Tod	222 14,7%	2 0,1%	224 14,9%
	lebend entlassen	4 0,3%	1.279 84,9%	1.283 85,1%
Gesamt		226 15,0%	1.281 85,0%	1.507 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.501 / 1.507	99,6%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6 / 1.507	0,4%
Sensitivität	222 / 226	98,2%
Spezifität	1.279 / 1.281	99,8%
positiv prädiktiver Wert	222 / 224	99,1%
negativ prädiktiver Wert	1.279 / 1.283	99,7%

3.13. Datenfeld 28: Desorientierung vor Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation regulär entlassen worden sind (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 13 oder 14)

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.001	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	992	99,1%

		in Patientenakte				Gesamt
		ja, pneumoniebedingt	ja, nicht pneumoniebedingt	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja, pneumoniebedingt	0 0,0%	3 0,3%	2 0,2%	0 0,0%	5 0,5%
	ja, nicht pneumoniebedingt	0 0,0%	135 13,5%	9 0,9%	5 0,5%	149 14,9%
	nein	0 0,0%	26 2,6%	817 81,6%	4 0,4%	847 84,6%
Gesamt		0 0,0%	164 16,4%	828 82,7%	9 0,9%	1.001 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	952/992	96,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	40/992	4,0%

3.13.1. Datenfeld 28: Pneumoniebedingte Desorientierung vor Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation regulär entlassen worden sind (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 13 oder 14)

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.001	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	992	99,1%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja, pneumonie-bedingt	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja, pneumoniebedingt	0 0,0%	5 0,5%	0 0,0%	5 0,5%
	nein	0 0,0%	987 98,6%	9 0,9%	996 99,5%
Gesamt		0 0,0%	992 99,1%	9 0,9%	1.001 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	987/992	99,5%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/992	0,5%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	987/992	99,5%
positiv prädiktiver Wert	0/5	0,0%
negativ prädiktiver Wert	987/987	100,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 6 „Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Pneumoniebedingte Desorientierung vor Entlassung erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

3.14. Datenfeld 29: stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme (vor Entlassung)

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation regulär entlassen worden sind (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 13 oder 14)

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.001	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.000	99,9%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	957 95,6%	9 0,9%	0 0,0%	966 96,5%
	nein	19 1,9%	15 1,5%	1 0,1%	35 3,5%
Gesamt		976 97,5%	24 2,4%	1 0,1%	1.001 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	972 / 1.000	97,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	28 / 1.000	2,8%
Sensitivität	957 / 976	98,1%
Spezifität	15 / 24	62,5%
positiv prädiktiver Wert	957 / 966	99,1%
negativ prädiktiver Wert	15 / 34	42,1%

3.15. Datenfeld 30: spontane Atemfrequenz (vor Entlassung)

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation regulär entlassen worden sind (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 13 oder 14)

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.001	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.001	100,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		maximal 24/min	über 24/min	nicht bestimmt oder aus PA nicht ersichtlich	
in QS-Dokumentation	maximal 24/min	556 55,5%	2 0,2%	325 32,5%	883 88,2%
	über 24/min	3 0,3%	5 0,5%	4 0,4%	12 1,2%
	nicht bestimmt	8 0,8%	0 0,0%	98 9,8%	106 10,6%
Gesamt		567 56,6%	7 0,7%	427 42,7%	1.001 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	659 / 1.001	65,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	342 / 1.001	34,2%

3.15.1. Datenfeld 30: spontane Atemfrequenz (vor Entlassung) ≤ 24 /min

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation regulär entlassen worden sind (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 13 oder 14)

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.001	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.001	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		≤ 24 /min	> 24 /min oder nicht bestimmt oder aus PA nicht ersichtlich	
in QS-Dokumentation	≤ 24 /min	556	327	883
		55,5%	32,7%	88,2%
	> 24 /min oder nicht bestimmt	11	107	118
		1,1%	10,7%	11,8%
Gesamt		567	434	1.001
		56,6%	43,4%	100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	663/1.001	66,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	338/1.001	33,8%
Sensitivität	556/567	98,1%
Spezifität	107/434	24,7%
positiv prädiktiver Wert	556/883	63,0%
negativ prädiktiver Wert	107/118	90,7%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 6 „Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes spontane Atemfrequenz (vor Entlassung) erfolgt, ist hierzu eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

Gynäkologische Operationen

4. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

4.1. AK1: Alle Krankenhäuser mit mindestens einer Patientin ≥ 55 LJ bei isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexen und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patientinnen mit führendem histologischen Befund Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste
Beschreibung Nenner	Patientinnen mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexen im Alter ≥ 55 Jahre
Referenzbereich	0,0%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	1.127 / 1.127	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	369 / 1.127	32,7%
keine Maßnahme	0 / 369	0,0%
Hinweise verschickt	51 / 369	13,8%
Stellungnahmen angefordert	318 / 369	86,2%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	60 / 318	18,9%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	227 / 318	71,4%
Dokumentationsfehler ¹⁰	226 / 318	71,1%
Softwarefehler ¹¹	1 / 318	0,3%
andere organisatorische Probleme ¹²	0 / 318	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	5 / 318	1,6%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	3 / 318	0,9%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0 / 318	0,0%
sonstiges ⁹⁹	2 / 318	0,6%
eingegangene Stellungnahmen	292 / 318	91,8%
unbeantwortete Stellungnahmen	26 / 318	8,2%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

4.2. AK2: 0 Organverletzungen in Krankenhäusern mit mindestens 100 laparoskopischen Operationen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patientinnen ohne Organverletzung
Beschreibung Nenner	Patientinnen mit laparoskopischer Operation, ohne Karzinom
Referenzbereich	< 100%
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	100

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	162 / 1.127	14,4%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	109 / 162	67,3%
keine Maßnahme	13 / 109	11,9%
Hinweise verschickt	6 / 109	5,5%
Stellungnahmen angefordert	90 / 109	82,6%

Bewertung der Stellungnahmen *	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	74 / 90	82,2%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	13 / 90	14,4%
Dokumentationsfehler ¹⁰	13 / 90	14,4%
Softwarefehler ¹¹	0 / 90	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0 / 90	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	1 / 90	1,1%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	1 / 90	1,1%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0 / 90	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0 / 90	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	88 / 90	97,8%
unbeantwortete Stellungnahmen	2 / 90	2,2%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

5. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

5.1. Datenfeld 10: Voroperation im gleichen OP-Gebiet

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.245	98,4%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	360 28,5%	57 4,5%	9 0,7%	426 33,7%
	nein	145 11,5%	683 54,0%	11 0,9%	839 66,3%
Gesamt		505 39,9%	740 58,5%	20 1,6%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.043/1.245	83,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	202/1.245	16,2%
Sensitivität	360/505	71,3%
Spezifität	683/740	92,3%
positiv prädiktiver Wert	360/417	86,3%
negativ prädiktiver Wert	683/828	82,5%

5.2. Datenfeld 12: Medikamentöse Thromboseprophylaxe

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.261	99,7%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	1.148 90,8%	33 2,6%	4 0,3%	1.185 93,7%
	nein	23 1,8%	57 4,5%	0 0,0%	80 6,3%
Gesamt		1.171 92,6%	90 7,1%	4 0,3%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.205 / 1.261	95,6%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	56 / 1.261	4,4%
Sensitivität	1.148 / 1.171	98,0%
Spezifität	57 / 90	63,3%
positiv prädiktiver Wert	1.148 / 1.181	97,2%
negativ prädiktiver Wert	57 / 80	71,3%

5.3. Datenfeld 13: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.250	98,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	850 67,2%	81 6,4%	14 1,1%	945 74,7%
	nein	69 5,5%	250 19,8%	1 0,1%	320 25,3%
Gesamt		919 72,6%	331 26,2%	15 1,2%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.100/1.250	88,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	150/1.250	12,0%
Sensitivität	850/919	92,5%
Spezifität	250/331	75,5%
positiv prädiktiver Wert	850/931	91,3%
negativ prädiktiver Wert	250/319	78,4%

5.4. Datenfeld 16: Operation (OPS)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung <i>(alle Patienten)</i>	1.265	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse <i>(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich ist)</i>	1.263/1.265	99,8%
100%ige Übereinstimmung zwischen OPS-Kodes in Patientenakte und QS-Dokumentation (Anzahl und Kodierung)	1.063/1.263	84,2%

	Anzahl	%
OPS-Kodes in Patientenakte	2.894	-
OPS-Kodes in QS-Dokumentation	2.815	-
Übereinstimmungen zwischen OPS-Kodes in Patientenakte und QS-Dokumentation (Kodierung)	2.660	-

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

5.5. Datenfeld 16: Operation (OPS) – Konisation

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.263	99,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	58 4,6%	1 0,1%	0 0,0%	59 4,7%
	nein	0 0,0%	1.204 95,2%	2 0,2%	1.206 95,3%
Gesamt		58 4,6%	1.205 95,3%	2 0,2%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.262 / 1.263	99,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1 / 1.263	0,1%
Sensitivität	58 / 58	100,0%
Spezifität	1.204 / 1.205	99,9%
positiv prädiktiver Wert	58 / 59	98,3%
negativ prädiktiver Wert	1.204 / 1.204	100,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 6 „Konisation“ u.a. die Fälle herangezogen werden, bei denen in Feld 16 ein OPS-Kode für Konisation angegeben wurde, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung erfolgt. Dabei wurde so vorgegangen, dass „ja“ kodiert worden ist, wenn laut Patientenakte bzw. QS-Dokumentation ein OPS-Kode für Konisation angegeben wurde. Entsprechend wurde „nein“ kodiert, wenn kein OPS-Kode für Konisation angegeben wurde. Durch dieses Vorgehen kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Fällen ist, die aufgrund einer Fehlkodierung bei der QI-Berechnung nicht berücksichtigt worden sind bzw. fälschlicherweise in die QI-Berechnung eingeflossen sind.

5.6. Datenfeld 16: Operation (OPS) – Hysterektomie

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.263	99,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	666 52,6%	7 0,6%	1 0,1%	674 53,3%
	nein	3 0,2%	587 46,4%	1 0,1%	591 46,7%
Gesamt		669 52,9%	594 47,0%	2 0,2%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.253/1.263	99,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10/1.263	0,8%
Sensitivität	666/669	99,6%
Spezifität	587/594	98,8%
positiv prädiktiver Wert	666/673	99,0%
negativ prädiktiver Wert	587/590	99,5%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der Indikatoren QI 2 „Organverletzung bei Hysterektomie“, QI 8 „Indikation bei Hysterektomie“ und QI 9 „Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie“ u.a. die Fälle herangezogen werden, bei denen in Feld 16 ein OPS-Kode für Hysterektomie angegeben wurde, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung erfolgt. Dabei wurde so vorgegangen, dass „ja“ kodiert worden ist, wenn laut Patientenakte bzw. QS-Dokumentation ein OPS-Kode für Hysterektomie angegeben wurde. Entsprechend wurde „nein“ kodiert, wenn kein OPS-Kode für Hysterektomie angegeben wurde. Durch dieses Vorgehen kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Fällen ist, die aufgrund einer Fehlkodierung bei der QI-Berechnung nicht berücksichtigt worden sind bzw. fälschlicherweise in die QI-Berechnung eingeflossen sind.

5.7. Datenfeld 16: Operation (OPS) – vollständige Entfernung der Adnexe oder des Ovars

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.263	99,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	208 16,4%	8 0,6%	0 0,0%	216 17,1%
	nein	2 0,2%	1.045 82,6%	2 0,2%	1.049 82,9%
Gesamt		210 16,6%	1.053 83,2%	2 0,2%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.253/1.263	99,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10/1.263	0,8%
Sensitivität	208/210	99,0%
Spezifität	1.045/1.053	99,2%
positiv prädiktiver Wert	208/216	96,3%
negativ prädiktiver Wert	1.045/1.047	99,8%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der Indikatoren QI 4 „Indikation bei Ovar Eingriffen“ und QI 5 „Organerhaltung bei Ovar Eingriffen“ u.a. die Fälle herangezogen werden, bei denen in Feld 16 ein OPS-Kode für die vollständige Entfernung der Adnexe oder des Ovars angegeben wurde, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung erfolgt. Dabei wurde so vorgegangen, dass „ja“ kodiert worden ist, wenn laut Patientenakte bzw. QS-Dokumentation ein OPS-Kode für die vollständige Entfernung der Adnexe oder des Ovars angegeben wurde. Entsprechend wurde „nein“ kodiert, wenn kein OPS-Kode für die vollständige Entfernung der Adnexe oder des Ovars angegeben wurde. Durch dieses Vorgehen kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Fällen ist, die aufgrund einer Fehlkodierung bei der QI-Berechnung nicht berücksichtigt worden sind bzw. fälschlicherweise in die QI-Berechnung eingeflossen sind.

5.8. Datenfeld 16: Operation (OPS) – laparoskopischer OP-Zugang

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.263	99,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	550 43,5%	13 1,0%	1 0,1%	564 44,6%
	nein	1 0,1%	699 55,3%	1 0,1%	701 55,4%
Gesamt		551 43,6%	712 56,3%	2 0,2%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.249/1.263	98,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	14/1.263	1,1%
Sensitivität	550/551	99,8%
Spezifität	699/712	98,2%
positiv prädiktiver Wert	550/563	97,7%
negativ prädiktiver Wert	699/700	99,9%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der QI 1 „Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen“ u.a. die Fälle herangezogen werden, bei denen in Feld 16 ein OPS-Kode für einen laparoskopischen OP-Zugang angegeben wurde, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung erfolgt. Dabei wurde so vorgegangen, dass „ja“ kodiert worden ist, wenn laut Patientenakte bzw. QS-Dokumentation ein OPS-Kode für einen laparoskopischen OP-Zugang angegeben wurde. Entsprechend wurde „nein“ kodiert, wenn kein OPS-Kode für einen laparoskopischen OP-Zugang angegeben wurde. Durch dieses Vorgehen kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Fällen ist, die aufgrund einer Fehlkodierung bei der QI-Berechnung nicht berücksichtigt worden sind bzw. fälschlicherweise in die QI-Berechnung eingeflossen sind.

5.9. Datenfeld 19: Intraoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.262	99,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	18 1,4%	7 0,6%	0 0,0%	25 2,0%
	nein	9 0,7%	1.228 97,1%	3 0,2%	1.240 98,0%
Gesamt		27 2,1%	1.235 97,6%	3 0,2%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.246 / 1.262	98,7%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	16 / 1.262	1,3%
Sensitivität	18 / 27	66,7%
Spezifität	1.228 / 1.235	99,4%
positiv prädiktiver Wert	18 / 25	72,0%
negativ prädiktiver Wert	1.228 / 1.237	99,3%

5.10. Datenfeld 20: Art der Komplikation

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine intraoperative Komplikation haben

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung <i>(Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine intraoperative Komplikation haben)</i>	18	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse <i>(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich ist)</i>	18/18	100,0%
100%ige Übereinstimmung zwischen Art der Komplikation in Patientenakte und QS-Dokumentation (Anzahl und Kodierung)	18/18	100,0%

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

	Anzahl	%
Komplikationen in Patientenakte	18	-
Komplikationen in QS-Dokumentation	18	-
Übereinstimmungen zwischen Art der Komplikationen in Patientenakte und QS-Dokumentation (Kodierung)	18	-

5.11. Datenfeld 21: Postoperative Komplikation(en)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.247	98,6%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	54 4,3%	10 0,8%	0 0,0%	64 5,1%
	nein	28 2,2%	1.155 91,3%	18 1,4%	1.201 94,9%
Gesamt		82 6,5%	1.165 92,1%	18 1,4%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.209 / 1.247	97,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	38 / 1.247	3,0%
Sensitivität	54 / 82	65,9%
Spezifität	1.155 / 1.165	99,1%
positiv prädiktiver Wert	54 / 64	84,4%
negativ prädiktiver Wert	1.155 / 1.183	97,6%

5.12. Datenfeld 22: Art der Komplikation

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine postoperative Komplikation haben

	Anzahl/ Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine postoperative Komplikation haben)	54	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich ist)	54/54	100,0%
100%ige Übereinstimmung zwischen Art der Komplikation in Patientenakte und QS-Dokumentation (Anzahl und Kodierung)	46/54	85,2%

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

	Anzahl	%
Komplikationen in Patientenakte	62	-
Komplikationen in QS-Dokumentation	59	-
Übereinstimmungen zwischen Art der Komplikationen in Patientenakte und QS-Dokumentation (Kodierung)	55	-

5.13. Datenfeld 23: Postoperative Histologie

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.263	99,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	1.184 93,6%	4 0,3%	1 0,1%	1.189 94,0%
	nein	35 2,8%	40 3,2%	1 0,1%	76 6,0%
Gesamt		1.219 96,4%	44 3,5%	2 0,2%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.224/1.263	96,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	39/1.263	3,1%
Sensitivität	1.184/1.219	97,1%
Spezifität	40/44	90,9%
positiv prädiktiver Wert	1.184/1.188	99,7%
negativ prädiktiver Wert	40/75	53,3%

5.14. Datenfeld 24: Führender Befund

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine postoperative Histologie haben

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung <i>(Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine postoperative Histologie haben)</i>	1.184	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	4	-
Grundgesamtheit Analyse <i>(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich ist)</i>	1.180/1.184	99,7%
100%ige Übereinstimmung zwischen führendem Befund in Patientenakte und QS-Dokumentation (Anzahl und Kodierung)	1.009/1.180	85,5%

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

5.15. Datenfeld 24: Führender Befund – Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteumzyste oder Adnexe: histologisch Normalbefund

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine postoperative Histologie haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.184	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.180	99,7%

		in Patientenakte			Gesamt
		Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteumzyste oder Adnexe: histologisch Normalbefund	andere	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteumzyste oder Adnexe: histologisch Normalbefund	114 9,6%	19 1,6%	0 0,0%	133 11,2%
	andere	15 1,3%	1.032 87,2%	4 0,3%	1.051 88,8%
Gesamt		129 10,9%	1.051 88,8%	4 0,3%	1.184 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.146 / 1.180	97,1%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	34 / 1.180	2,9%
Sensitivität	114 / 129	88,4%
Spezifität	1.032 / 1.051	98,2%
positiv prädiktiver Wert	114 / 133	85,7%
negativ prädiktiver Wert	1.032 / 1.047	98,6%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 4 „Indikation bei Ovarieingriffen“ u.a. die Fälle herangezogen werden, bei denen in Feld 24 als führende Befunde „Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteumzyste oder Adnexe: histologisch Normalbefund“ angegeben wurde, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung erfolgt. Dabei wurde so vorgegangen, dass „ja“ kodiert worden ist, wenn laut Patientenakte bzw. QS-Dokumentation als führender Befund „Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteumzyste oder Adnexe: histologisch Normalbefund“ angegeben wurde. Entsprechend wurde „nein“ kodiert, wenn kein OPS-Code als führender Befund „Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteumzyste oder Adnexe: histologisch Normalbefund“ angegeben wurde. Durch dieses Vorgehen kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Fällen ist, die aufgrund einer Fehlkodierung bei der QI-Berechnung nicht berücksichtigt worden sind bzw. fälschlicherweise in die QI-Berechnung eingeflossen sind.

Datenfeld 24: Führender Befund „Cervix uteri: Ektopie oder Cervix uteri: histologisch Normalbefund“**Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine postoperative Histologie haben**

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.184	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.180	99,7%

		in Patientenakte			Gesamt
		Cervix uteri: Ektopie oder Cervix uteri: histologisch Normalbefund	andere	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Cervix uteri: Ektopie oder Cervix uteri: histologisch Normalbefund	10 0,8%	4 0,3%	0 0,0%	14 1,2%
	andere	1 0,1%	1.165 98,4%	4 0,3%	1.170 98,8%
Gesamt		11 0,9%	1.169 98,7%	4 0,3%	1.184 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.175 / 1.180	99,6%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5 / 1.180	0,4%
Sensitivität	10 / 11	90,9%
Spezifität	1.165 / 1.169	99,7%
positiv prädiktiver Wert	10 / 14	71,4%
negativ prädiktiver Wert	1.165 / 1.166	99,9%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 6 „Konisation“ u.a. die Fälle herangezogen werden, bei denen in Feld 24 als führende Befunde „Cervix uteri: Ektopie oder Cervix uteri: histologisch Normalbefund“ angegeben wurde, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung erfolgt. Dabei wurde so vorgegangen, dass „ja“ kodiert worden ist, wenn laut Patientenakte bzw. QS-Dokumentation als führende Befunde „Cervix uteri: Ektopie oder Cervix uteri: histologisch Normalbefund“ angegeben wurden. Entsprechend wurde „nein“ kodiert, wenn kein OPS-Kode als führender Befund „Cervix uteri: Ektopie oder Cervix uteri: histologisch Normalbefund“ angegeben wurde. Durch dieses Vorgehen kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Fällen ist, die aufgrund einer Fehlkodierung bei der QI-Berechnung nicht berücksichtigt worden sind bzw. fälschlicherweise in die QI-Berechnung eingeflossen sind.

5.16. Datenfeld 35: Entlassungsdiagnose(n) (ICD-10)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (alle Patienten)	1.265	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	21	-
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich ist)	1.244/1.265	98,3%
100%ige Übereinstimmung zwischen ICD-Kodes in Patientenakte und QS-Dokumentation (Anzahl und Kodierung)	688/1.244	55,3%

	Anzahl	%
ICD-Kodes in Patientenakte	3.313	-
ICD-Kodes in QS-Dokumentation	3.366	-
Übereinstimmungen zwischen ICD-Kodes in Patientenakte und QS-Dokumentation (Kodierung)	2.319	-

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

5.17. Datenfeld 35: Entlassungsdiagnose(n) (ICD-10) – Karzinom

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.244	98,3%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	81 6,4%	5 0,4%	1 0,1%	87 6,9%
	nein	5 0,4%	1.153 91,1%	20 1,6%	1.178 93,1%
Gesamt		86 6,8%	1.158 91,5%	21 1,7%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.234/1.244	99,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10/1.244	0,8%
Sensitivität	81/86	94,2%
Spezifität	1.153/1.158	99,6%
positiv prädiktiver Wert	81/86	94,2%
negativ prädiktiver Wert	1.153/1.158	99,6%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der Indikatoren QI 1 „Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen“ und QI 2 „Organverletzungen bei Hysterektomie“ u.a. die Fälle herangezogen werden, bei denen in Feld 35 als Entlassungsdiagnose ein Karzinom angegeben wurde, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung erfolgt. Dabei wurde so vorgegangen, dass „ja“ kodiert worden ist, wenn laut Patientenakte bzw. QS-Dokumentation als führender Befunde ein Karzinom angegeben wurde. Entsprechend wurde „nein“ kodiert, wenn kein Karzinom als Entlassungsdiagnose angegeben wurde. Durch dieses Vorgehen kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Fällen ist, die aufgrund einer Fehlkodierung bei der QI-Berechnung nicht berücksichtigt worden sind bzw. fälschlicherweise in die QI-Berechnung eingeflossen sind.

5.18. Datenfeld 35: Entlassungsdiagnose(n) (ICD-10) – Endometriose

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.265	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.244	98,3%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	128 10,1%	9 0,7%	0 0,0%	137 10,8%
	nein	14 1,1%	1.093 86,4%	21 1,7%	1.128 89,2%
Gesamt		142 11,2%	1.102 87,1%	21 1,7%	1.265 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.221/1.244	98,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	23/1.244	1,8%
Sensitivität	128/142	90,1%
Spezifität	1.093/1.102	99,2%
positiv prädiktiver Wert	128/137	93,4%
negativ prädiktiver Wert	1.093/1.107	98,7%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der QI 1 „Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen“ und QI 2 „Organverletzungen bei Hysterektomie“ u.a. die Fälle herangezogen werden, bei denen in Feld 35 als Entlassungsdiagnose ein Endometriose angegeben wurde, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung erfolgt. Dabei wurde so vorgegangen, dass „ja“ kodiert worden ist, wenn laut Patientenakte bzw. QS-Dokumentation als führender Befunde eine Endometriose angegeben wurde. Entsprechend wurde „nein“ kodiert, wenn keine Endometriose als Entlassungsdiagnose angegeben wurde. Durch dieses Vorgehen kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil an Fällen ist, die aufgrund einer Fehlkodierung bei der QI-Berechnung nicht berücksichtigt worden sind bzw. fälschlicherweise in die QI-Berechnung eingeflossen sind.

Isolierte Aortenklappenchirurgie

6. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog – isolierte Aortenklappenchirurgie, konventionell

6.1. AK1a: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors BMI > 35

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit einem BMI > 35
Beschreibung Nenner	Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 14,4% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	4/4	100,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	0/4	0,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/4	0,0%
Softwarefehler ¹¹	0/4	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/4	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/4	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/4	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/4	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/4	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	4/4	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/4	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

6.2. AK1b: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz Beschwerden in Ruhe (NYHA IV)

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit NYHA-Klassifikation IV: Beschwerden in Ruhe
Beschreibung Nenner	Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 17,3% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	80/80	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	4/80	5,0%
keine Maßnahme	1/4	25,0%
Hinweise verschickt	0/4	0,0%
Stellungnahmen angefordert	3/4	75,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	1/3	33,3%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	2/3	66,7%
Dokumentationsfehler ¹⁰	2/3	66,7%
Softwarefehler ¹¹	0/3	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/3	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/3	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/3	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/3	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/3	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	3/3	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/3	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

6.3. AK1c: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors kritischer präoperativer Status (nach AKL-SCORE)

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit kardiogenem Schock/Dekompensation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder mit Beatmung oder Katecholamine (Inotrope i.v.) oder IABP als (präoperative) mechanische Kreislaufunterstützung
Beschreibung Nenner	Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 34,6% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	80/80	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	4/80	5,0%
keine Maßnahme	1/4	25,0%
Hinweise verschickt	0/4	0,0%
Stellungnahmen angefordert	3/4	75,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	1/3	33,3%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	2/3	66,7%
Dokumentationsfehler ¹⁰	2/3	66,7%
Softwarefehler ¹¹	0/3	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/3	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/3	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/3	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/3	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/3	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	3/3	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/3	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

6.4. AK1d: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors LVEF mittel (30-50%)

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit LVEF mittel (30 – 50%)
Beschreibung Nenner	Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 51,7% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	80/80	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	4/80	5,0%
keine Maßnahme	3/4	75,0%
Hinweise verschickt	0/4	0,0%
Stellungnahmen angefordert	1/4	25,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	1/1	100,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	0/1	0,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/1	0,0%
Softwarefehler ¹¹	0/1	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/1	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/1	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/1	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/1	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/1	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	1/1	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/1	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

6.5. AK1e: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors LVEF schlecht (< 30%)

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	LVEF schlecht (< 30%)
Beschreibung Nenner	Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 9,5% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

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

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	0/4	0,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	4/4	100,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	4/4	100,0%
Softwarefehler ¹¹	0/4	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/4	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/4	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/4	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/4	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/4	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	4/4	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/4	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

6.6. AK1f: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors Arterielle Gefäß- krankungen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit arterieller Gefäßkrankung
Beschreibung Nenner	Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 24,3% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	80/80	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	4/80	5,0%
keine Maßnahme	2/4	50,0%
Hinweise verschickt	0/4	0,0%
Stellungnahmen angefordert	2/4	50,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	1/2	50,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	1/2	50,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	1/2	50,0%
Softwarefehler ¹¹	0/2	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/2	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/2	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/2	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/2	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/2	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	2/2	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/2	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

6.7. AK1g: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors Neurologische Dysfunktion

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit neurologischer Dysfunktion
Beschreibung Nenner	Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 22,7% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	80/80	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	4/80	5,0%
keine Maßnahme	3/4	75,0%
Hinweise verschickt	0/4	0,0%
Stellungnahmen angefordert	1/4	25,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	1/1	100,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	0/1	0,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/1	0,0%
Softwarefehler ¹¹	0/1	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/1	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/1	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/1	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/1	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/1	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	1/1	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/1	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

6.8. AK1h: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors präoperativer Status (nach EuroSCORE)

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit kardiogenem Schock/Dekompensation oder Reanimation oder mit Beatmung oder Katecholamine (Inotrope i.v.) oder IABP als (präoperative) mechanische Kreislaufunterstützung
Beschreibung Nenner	Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 35,4% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	80/80	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	4/80	5,0%
keine Maßnahme	2/4	50,0%
Hinweise verschickt	0/4	0,0%
Stellungnahmen angefordert	2/4	50,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	0/2	0,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	2/2	100,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	2/2	100,0%
Softwarefehler ¹¹	0/2	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/2	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/2	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/2	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/2	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/2	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	2/2	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/2	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

7. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog – isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt

7.1. AK1a: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors BMI > 35

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit einem BMI > 35
Beschreibung Nenner	Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 11,5% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	61/61	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	3/61	4,9%
keine Maßnahme	1/3	33,3%
Hinweise verschickt	0/3	0,0%
Stellungnahmen angefordert	2/3	66,6%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	2/2	100,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	0/2	0,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/2	0,0%
Softwarefehler ¹¹	0/2	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/2	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/2	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/2	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/2	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/2	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	2/2	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/2	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

7.2. AK1b: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz Beschwerden in Ruhe (NYHA IV)

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit NYHA-Klassifikation IV: Beschwerden in Ruhe
Beschreibung Nenner	Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 40,0% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	61/61	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	3/61	4,9%
keine Maßnahme	2/3	66,6%
Hinweise verschickt	0/3	0,0%
Stellungnahmen angefordert	1/3	33,3%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	0/1	0,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	1/1	100,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	1/1	100,0%
Softwarefehler ¹¹	0/1	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/1	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/1	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/1	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/1	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/1	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	1/1	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/1	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

7.3. AK1c: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors kritischer präoperativer Status (nach AKL-SCORE)

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit kardiogenem Schock/Dekompensation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder mit Beatmung oder Katecholamine (Inotrope i.v.) oder IABP als (präoperative) mechanische Kreislaufunterstützung
Beschreibung Nenner	Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 37,5% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	61/61	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	3/61	4,9%
keine Maßnahme	1/3	33,3%
Hinweise verschickt	0/3	0,0%
Stellungnahmen angefordert	2/3	66,6%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	1/2	50,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	1/2	50,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/2	0,0%
Softwarefehler ¹¹	0/2	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/2	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/2	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/2	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/2	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/2	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	2/2	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/2	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

7.4. AK1d: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors LVEF mittel (30-50%)

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit LVEF mittel (30 – 50%)
Beschreibung Nenner	Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 100,0% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	61/61	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	3/61	4,9%
keine Maßnahme	3/3	100,0%
Hinweise verschickt	0/3	0,0%
Stellungnahmen angefordert	0/3	0,0%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	-	-
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	-	-
Dokumentationsfehler ¹⁰	-	-
Softwarefehler ¹¹	-	-
andere organisatorische Probleme ¹²	-	-
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	-	-
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	-	-
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	-	-
sonstiges ⁹⁹	-	-
eingegangene Stellungnahmen	-	-
unbeantwortete Stellungnahmen	-	-

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

7.5. AK1e: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors LVEF schlecht (< 30%)

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	LVEF schlecht (< 30%)
Beschreibung Nenner	Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 25,0% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	61/61	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	3/61	4,9%
keine Maßnahme	1/3	33,3%
Hinweise verschickt	0/3	0,0%
Stellungnahmen angefordert	2/3	66,6%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	0/2	0,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	2/2	100,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/2	0,0%
Softwarefehler ¹¹	0/2	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/2	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/2	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/2	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/2	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/2	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	2/2	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/2	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

7.6. AK1f: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors Arterielle Gefäß- krankungen

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit arterieller Gefäßkrankung
Beschreibung Nenner	Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 60,9% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	61/61	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	3/61	4,9%
keine Maßnahme	1/3	33,3%
Hinweise verschickt	0/3	0,0%
Stellungnahmen angefordert	2/3	66,6%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	2/2	100,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	0/2	0,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/2	0,0%
Softwarefehler ¹¹	0/2	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/2	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/2	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/2	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/2	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/2	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	2/2	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/2	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

7.7. AK1g: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors Neurologische Dysfunktion

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit neurologischer Dysfunktion
Beschreibung Nenner	Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 38,5% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	61/61	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	3/61	4,9%
keine Maßnahme	0/3	0,0%
Hinweise verschickt	0/4	0,0%
Stellungnahmen angefordert	3/3	100,0%

Bewertung der Stellungnahmen *	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	2/3	66,7%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	1/3	33,3%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/3	0,0%
Softwarefehler ¹¹	0/3	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/3	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/3	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/3	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/3	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/3	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	3/3	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/3	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

7.8. AK1h: Auffallend häufige Angabe des Risikofaktors präoperativer Status (nach EuroSCORE)

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit kardiogenem Schock/Dekompensation oder Reanimation oder mit Beatmung oder Katecholamine (Inotrope i.v.) oder IABP als (präoperative) mechanische Kreislaufunterstützung
Beschreibung Nenner	Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz
Referenzbereich	≤ 56,1% (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	61/61	100,0%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	3/61	4,9%
keine Maßnahme	1/3	33,3%
Hinweise verschickt	0/3	0,0%
Stellungnahmen angefordert	2/3	66,7%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	2/2	100,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	0/2	0,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/2	0,0%
Softwarefehler ¹¹	0/2	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/2	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/2	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/2	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/2	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/2	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	2/2	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/2	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

8. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog – isolierte Aortenklappenchirurgie

8.1. AK2: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums

Beschreibung Zähler	Patienten mit sonstiger Herzoperation
Beschreibung Nenner	verstorbene Patienten, die an der Aortenklappe operiert wurden und keinen Koronarchirurgischen Eingriff hatten
Referenzbereich	≤ 25
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

Ergebnisse der Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Krankenhäuser in dieser Grundgesamtheit	75/80	93,8%
Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten	9/75	12,0%
keine Maßnahme	4/9	44,4%
Hinweise verschickt	0/9	0,0%
Stellungnahmen angefordert	5/9	55,6%

Bewertung der Stellungnahmen*	Stellungnahmen	%
korrekte Dokumentation bestätigt ^{20, 21, 30, 31, 40}	2/5	40,0%
Fehler in den exportierten Daten bestätigt ^{10, 11, 12}	3/5	60,0%
Dokumentationsfehler ¹⁰	0/5	0,0%
Softwarefehler ¹¹	0/5	0,0%
andere organisatorische Probleme ¹²	0/5	0,0%
sonstige Antworten ^{0, 50, 99}	0/5	0,0%
keinen Grund für Auffälligkeiten genannt ⁰	0/5	0,0%
Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysierbar ⁵⁰	0/5	0,0%
sonstiges ⁹⁹	0/5	0,0%
eingegangene Stellungnahmen	5/5	100,0%
unbeantwortete Stellungnahmen	0/5	0,0%

*s. Kapitel 1.2: Antwortkategorien des Strukturierten Dialogs

9. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

9.1. Datenfeld 9: NYHA-Klassifikation (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	100	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	89	89,0%

		in Patientenakte					Gesamt
		(NYHA I)	(NYHA II)	(NYHA III)	(NYHA IV)	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	(NYHA I)	5 5,0%	0 0,0%	3 3,0%	1 1,0%	1 1,0%	10 10,0%
	(NYHA II)	2 2,0%	10 10,0%	3 3,0%	0 0,0%	2 2,0%	17 17,0%
	(NYHA III)	1 1,0%	2 2,0%	44 44,0%	14 14,0%	7 7,0%	68 68,0%
	(NYHA IV)	0 0,0%	0 0,0%	1 1,0%	3 3,0%	1 1,0%	5 5,0%
Gesamt		8 8,0%	12 12,0%	51 51,0%	18 18,0%	11 11,0%	100 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	62/89	69,7%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	27/89	30,3%

9.1.1. Datenfeld 9: NYHA-IV – Klassifikation (gesamt)**Grundgesamtheit: alle Patienten**

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	100	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	89	89,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		NYHA (IV)	NYHA (I)-(III)	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	NYHA (IV)	3 3,0%	1 1,0%	1 1,0%	5 5,0%
	NYHA (I)-(III)	15 15,0%	70 70,0%	10 10,0%	95 95,0%
Gesamt		18 18,0%	71 71,0%	11 11,0%	100 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	73/89	82,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	16/89	18,0%
Sensitivität	3/18	16,7%
Spezifität	70/71	98,6%
positiv prädiktiver Wert	3/4	75,0%
negativ prädiktiver Wert	70/85	82,4%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes NYHA-Klassifikation erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

9.1.2. Datenfeld 9: NYHA-IV – Klassifikation (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	49	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	40	81,6%

		in Patientenakte			Gesamt
		NYHA (IV)	NYHA (I)-(III)	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	NYHA (IV)	1 2,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,0%
	NYHA (I)-(III)	3 6,1%	36 73,5%	9 18,4%	48 98,0%
Gesamt		4 8,2%	36 73,5%	9 18,4%	49 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	37/40	92,5%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/40	7,5%
Sensitivität	1/4	25,0%
Spezifität	36/36	100,0%
positiv prädiktiver Wert	1/0	-
negativ prädiktiver Wert	36/39	92,3%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes NYHA-Klassifikation erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

9.1.3. Datenfeld 9: NYHA-IV – Klassifikation (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	49	96,1%

		in Patientenakte			Gesamt
		NYHA (IV)	NYHA (I)-(III)	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	NYHA (IV)	2 3,9%	1 2,0%	1 2,0%	4 7,8%
	NYHA (I)-(III)	12 23,5%	34 66,7%	1 2,0%	47 92,2%
Gesamt		14 27,5%	35 68,6%	2 3,9%	51 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	36/49	73,5%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13/49	26,5%
Sensitivität	2/14	14,3%
Spezifität	34/35	97,1%
positiv prädiktiver Wert	2/3	66,7%
negativ prädiktiver Wert	34/46	73,9%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes NYHA-Klassifikation erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

10. Datenfeld 12: kardiogener Schock/Dekompensation (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	100	100%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	99	99%

		in Patientenakte						Gesamt
		ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	ja, letzte(r) länger als 21 Tage	ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	nein	nicht aus PA ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0 0,0%	0 0,0%	1 1,0%	0 0%	1 1,0%	0 0,0%	2 2,0%
	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	0 0,0%	1 1,0%	1 1,0%	0 0%	1 1,0%	0 0,0%	3 3,0%
	ja, letzte(r) länger als 21 Tage	0 0,0%	0 0,0%	4 4,0%	0 0%	1 1,0%	0 0,0%	5 5,0%
	ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	2 2,0%	6 6,0%	2 2,0%	0 0,0%	77 77,0%	1 1,0%	88 88,0%
	unbekannt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0%	2 2,0%	0 0,0%	2 2,0%
Gesamt		2 2,0%	7 7,0%	8 8,0%	0 0%	82 82,0%	1 1,0%	100 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	82/99	82,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	17/99	17,2%

10.1. Datenfeld 12: kardiogener Schock/Dekompensation innerhalb der letzten 48 Stunden (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte			Gesamt
		ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	nein/ kardiogener Schock > 48 Stunden	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0 0,0%	2 2,0%	0 0,0%	2 2,0%
	nein/ kardiogener Schock > 48 Stunden oder unbekannt	2 2,0%	95 95,0%	1 1,0%	98 98,0%
Gesamt		2 2,0%	97 97,0%	1 1,0%	100 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95/99	96,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/99	4,0%
Sensitivität	0/2	0,0%
Spezifität	95/97	97,9%
positiv prädiktiver Wert	0/2	0,0%
negativ prädiktiver Wert	95/97	97,9%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes kardiogener Schock/Dekompensation erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

10.2. Datenfeld 12: Datenfeld 12: kardiogener Schock/Dekompensation innerhalb der letzten 48 Stunden (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	49	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	48	98,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	nein/ kardiogener Schock > 48 Stunden	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0 0,0%	2 4,1%	0 0,0%	2 4,1%
	nein/ kardiogener Schock > 48 Stunden oder unbekannt	0 0,0%	46 93,9%	1 2,0%	47 95,9%
Gesamt		0 0,0%	48 98,0%	1 2,0%	49 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	46/48	95,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/48	4,2%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	46/48	95,8%
positiv prädiktiver Wert	0/2	0,0%
negativ prädiktiver Wert	46/46	100,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes kardiogener Schock/Dekompensation erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

10.3. Datenfeld 12: kardiogener Schock/Dekompensation innerhalb der letzten 48 Stunden (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	nein/ kardiogener Schock > 48 Stunden	
in QS-Dokumentation	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein/kardiogener Schock > 48 Stunden oder unbekannt	2 3,9%	49 96,1%	51 100,0%
Gesamt		2 3,9%	49 96,1%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	49/51	96,1%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/51	3,9%
Sensitivität	0/2	0,0%
Spezifität	49/49	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	49/51	96,1%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes kardiogener Schock/Dekompensation erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

11. Datenfeld 13: Reanimation (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte						Gesamt
		ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	ja, letzte(r) länger als 21 Tage	ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	nein	nicht aus PA ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	ja, letzte(r) länger als 21 Tage	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	0 0,0%	0 0,0%	1 1,0%	0 0,0%	98 98,0%	0 0,0%	99 99,0%
	unbekannt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0%	1 1,0%	0 0,0%	1 1,0%
Gesamt		0 0,0%	0 0,0%	1 1,0%	0 0%	99 99,0%	0 0,0%	100 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98/100	98,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/100	2,0%

11.1. Datenfeld 13: Reanimation – letzte innerhalb der letzten 48 Stunden (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	ja, letzte(r) länger als letzten 48 Stunden/ Zeitpunkt unbekannt/ nein	
in QS-Dokumentation	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0 0,0%	0 0,0%	100 100,0%
	ja, letzte(r) länger als letzten 48 Stunden/ Zeitpunkt unbekannt/ nein	0 0,0%	100 100,0%	100 100,0%
Gesamt		0 0,0%	100 100,0%	100 100,0%

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

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Reanimation erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

11.2. Datenfeld 13: Reanimation – letzte innerhalb der letzten 48 Stunden (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	ja, letzte(r) länger als letzten 48 Stunden/Zeitpunkt unbekannt/nein	
in QS-Dokumentation	ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	ja, letzte(r) länger als letzten 48 Stunden/Zeitpunkt unbekannt/ nein	0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%
Gesamt		0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%

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

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Reanimation erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

11.3. Datenfeld 13: Reanimation – letzte innerhalb der letzten 48 Stunden (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja, letzte(r) länger als 21 Tage	nein	
in QS-Dokumentation	ja, letzte(r) länger als 21 Tage	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	0 0,0%	51 100,0%	51 100,0%
Gesamt		0 0,0%	51 100,0%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	51/51	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/51	-
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	51/51	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	51/51	100,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Reanimation erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

12. Datenfeld 14: Patient wird beatmet

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	0 0,0%	100 100,0%	100 100,0%
Gesamt		0 0,0%	100 100,0%	100 100,0%

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

12.1. Datenfeld 14: Patient wird beatmet (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%
Gesamt		0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%

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

12.2. Datenfeld 14: Patient wird beatmet (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	0 0,0%	51 100,0%	51 100,0%
Gesamt		0 0,0%	51 100,0%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	51/51	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/51	-
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	51/51	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	51/51	100,0%

13. Datenfeld 15: pulmonale Hypertonie (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	100	100%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	87	87%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	11 11,0%	14 14,0%	1 1,0%	26 26,0%
	nein	11 11,0%	50 50,0%	12 12,0%	73 73,0%
	unbekannt	1 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,0%
Gesamt		23 23,0%	64 64,0%	13 13,0%	100 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	61/87	70,1%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	26/87	29,9%
Sensitivität	11/23	47,8%
Spezifität	50/64	78,1%
positiv prädiktiver Wert	11/25	44,0%
negativ prädiktiver Wert	50/61	82,0%

13.1. Datenfeld 15: pulmonale Hypertonie (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	49	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	45	91,8%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	6 12,2%	3 6,1%	1 2,0%	10 20,4%
	nein und unbekannt	4 8,2%	32 65,3%	3 6,1%	39 79,6%
Gesamt		10 20,4%	35 71,4%	4 8,2%	49 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	38/45	84,4%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/45	15,6%
Sensitivität	6/10	60,0%
Spezifität	32/35	91,4%
positiv prädiktiver Wert	6/9	66,7%
negativ prädiktiver Wert	32/36	88,9%

13.2. Datenfeld 15: pulmonale Hypertonie (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	42	82,4%

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	6 11,8%	11 21,6%	0 0,0%	17 33,3%
	nein und unbekannt	7 13,7%	18 35,3%	9 17,6%	34 66,7%
Gesamt		13 25,5%	29 56,9%	9 17,6%	51 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	24/42	57,1%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	18/42	42,9%
Sensitivität	6/13	46,2%
Spezifität	18/29	62,1%
positiv prädiktiver Wert	6/17	35,3%
negativ prädiktiver Wert	18/25	72,0%

14. Datenfeld 19: LVEF (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	100	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	97	97,0%

		in Patientenakte				Gesamt
		schlecht oder < 30%	mittel oder 30% - 50%	gut oder > 50%	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	schlecht oder < 30%	3 3,0%	3 3,0%	4 4,0%	0 0,0%	10 10,0%
	mittel oder 30% - 50%	1 1,0%	22 22,0%	11 11,0%	2 2,0%	36 36,0%
	gut oder > 50%	2 2,0%	3 3,0%	48 48,0%	1 1,0%	54 54,0%
Gesamt		6 6,0%	28 28,0%	63 63,0%	3 3,0%	100 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	73/97	75,3%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	24/97	24,7%

14.1. Datenfeld 19: LVEF (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	49	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	48	98,0%

		in Patientenakte				Gesamt
		schlecht oder < 30%	mittel oder 30% - 50%	gut oder > 50%	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	schlecht oder < 30%	1 2,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,0%
	mittel oder 30% - 50%	0 0,0%	8 16,3%	4 8,2%	1 2,0%	13 26,5%
	gut oder > 50%	0 0,0%	2 4,1%	33 67,3%	0 0,0%	35 71,4%
Gesamt		1 2,0%	10 20,4%	37 75,5%	1 2,0%	49 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	42/48	87,5%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/48	12,5%

14.2. Datenfeld 19: LVEF (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	49	96,1%

		in Patientenakte				Gesamt
		schlecht oder < 30%	mittel oder 30% - 50%	gut oder > 50%	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	schlecht oder < 30%	2 3,9%	3 5,9%	4 7,8%	0 0,0%	9 17,6%
	mittel oder 30% - 50%	1 2,0%	14 27,5%	7 13,7%	1 2,0%	23 45,1%
	gut oder > 50%	2 3,9%	1 2,0%	15 29,4%	1 2,0%	19 37,3%
Gesamt		5 9,8%	18 35,3%	26 51,0%	2 3,9%	51 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	31/49	63,3%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	18/49	36,7%

15. Datenfeld 24: Akute Infektionen (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

	Anzahl	%
Angaben in Patientenakte	100	-
Angaben in QS-Dokumentation	100	-
Übereinstimmungen zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation (Kodierung)	95	-

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

15.1. Datenfeld 24: Akute Infektionen – Mediastinitis/Wundinfektion Thorax (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	1 0,1%	99 99,0%	100 100,0%
Gesamt		1 0,1%	99 99,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99/100	99,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/100	0,1%
Sensitivität	0/1	0,0%
Spezifität	99/100	99,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	99/100	99,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 1 „Postoperative Mediastinitis“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Akute Infektionen erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

15.2. Datenfeld 24: Akute Infektionen – Mediastinitis/Wundinfektion Thorax (konventionell)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%
Gesamt		0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%

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

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 1 „Postoperative Mediastinitis“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Akute Infektionen erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

15.3. Datenfeld 24: Akute Infektionen – Mediastinitis/Wundinfektion Thorax (kathetergestützt)

Grundgesamtheit Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	1 2,0%
	nein	1 2,0%	50 98,0%	51 100,0%
Gesamt		1 2,0%	50 98,0%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	50/51	98,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/51	2,0%
Sensitivität	0/1	0,0%
Spezifität	50/50	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	50/51	98,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 1 „Postoperative Mediastinitis“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Akute Infektionen erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

16. Datenfeld 26: Arterielle Gefäßerkrankungen (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	13 13,0%	11 11,0%	24 24,0%
	nein	9 9,0%	66 66,0%	75 75,0%
	unbekannt	1 1,0%	0 0,0%	1 1,0%
Gesamt		23 23,0%	77 77,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/100	79,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	21/100	21,0%

16.1. Datenfeld 26: Arterielle Gefäßerkrankungen (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	4 8,2%	2 4,1%	6 12,2%
	nein oder unbekannt	3 6,1%	40 81,6%	43 87,8%
Gesamt		7 14,3%	42 85,7%	49 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	44/49	89,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/49	10,2%
Sensitivität	4/7	57,1%
Spezifität	40/42	95,2%
positiv prädiktiver Wert	4/6	66,7%
negativ prädiktiver Wert	40/43	93,0%

16.2. Datenfeld 26: Arterielle Gefäßerkrankungen (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	9 17,6%	9 17,6%	18 35,3%
	nein oder unbekannt	7 13,8%	26 51,0%	32 62,7%
Gesamt		16 31,4%	35 68,6%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	35/51	68,6%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	16/51	31,4%
Sensitivität	9/15	60,0%
Spezifität	26/35	74,3%
positiv prädiktiver Wert	9/18	50,0%
negativ prädiktiver Wert	26/32	81,3%

17. Datenfeld 31: Lungenerkrankung(en) (gesamt)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte					Gesamt
		ja, COPD mit Dauermedikation	ja, COPD ohne Dauermedikation	ja, andere Lungenerkrankung	nein	aus PA nicht ersichtlich oder unbekannt	
in QS-Dokumentation	ja, COPD mit Dauermedikation	11 11,0%	3 3,0%	0 0,0%	5 5,0%	1 1,0%	20 20,0%
	ja, COPD ohne Dauermedikation	0 0,0%	4 4,0%	0 0,0%	8 8,0%	0 0,0%	12 12,0%
	ja, andere Lungenerkrankung	1 1,0%	1 1,0%	1 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 3,0%
	nein	3 3,0%	3 3,0%	0 0,0%	58 58,0%	0 0,0%	64 64,0%
	unbekannt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,0%	0 0,0%	1 1,0%
Gesamt		15 15,0%	11 11,0%	1 1,0%	72 72,0%	1 1,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	74/99	74,7%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	25/99	25,3%

17.1. Datenfeld 31: Lungenerkrankung(en) – COPD (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte			Gesamt
		COPD	nein/andere Lungenerkrankungen/ unbekannt	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	COPD	18 18,0%	13 13,0%	1 1,0%	32 32,0%
	nein/andere Lungenerkrankungen/unbekannt	8 8,0%	60 60,0%	0 0,0%	68 68,0%
Gesamt		26 26,0%	73 73,0%	1 1,0%	100 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	78/99	78,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	21/99	21,2%
Sensitivität	18/26	69,2%
Spezifität	60/73	82,2%
positiv prädiktiver Wert	18/31	58,1%
negativ prädiktiver Wert	60/68	88,2%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Lungenerkrankung(en) erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

17.2. Datenfeld 31: Lungenerkrankung(en) – COPD (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		COPD	nein/andere Lungenerkrankungen/ unbekannt	
in QS-Dokumentation	COPD	12 24,5%	6 12,2%	18 36,7%
	nein/andere Lungenerkrankungen/ unbekannt	4 8,2%	27 55,1%	31 63,3%
Gesamt		16 32,7%	33 67,3%	49 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	39/49	79,6%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10/49	20,4%
Sensitivität	12/16	75,0%
Spezifität	27/33	81,8%
positiv prädiktiver Wert	12/18	66,7%
negativ prädiktiver Wert	27/31	87,1%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Lungenerkrankung(en) erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

17.3. Datenfeld 31: Lungenerkrankung(en) – COPD (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	50	98,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		COPD	nein/andere Lungenerkrankungen/unbekannt	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	COPD	6 11,8%	7 13,7%	1 2,0%	14 27,5%
	nein/andere Lungenerkrankungen/unbekannt	4 7,8%	33 64,7%	0 0,0%	37 72,5%
Gesamt		10 19,6%	40 78,4%	1 2,0%	51 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	39/50	78,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11/50	22,0%
Sensitivität	6/10	60,0%
Spezifität	33/40	82,5%
positiv prädiktiver Wert	6/13	46,2%
negativ prädiktiver Wert	33/37	89,2%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Lungenerkrankung(en) erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

18. Datenfeld 32: neurologische Erkrankung(en) (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte					Gesamt
		ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	ja, ZNS, andere	ja, peripher	nein	aus PA nicht ersichtlich oder unbe- kannt	
in QS-Dokumentation	ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	8 8,0%	0 0,0%	1 1,0%	1 1,0%	0 0,0%	10 10,0%
	ja, ZNS, andere	1 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,0%
	ja, peripher	0 0,0%	0 0,0%	3 3,0%	1 1,0%	0 0,0%	4 4,0%
	nein	8 8,0%	2 2,0%	1 1,0%	73 73,0%	0 0,0%	84 84,0%
	unbekannt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,0%	0 0,0%	1 1,0%
Gesamt		17 17,0%	2 2,0%	5 5,0%	76 76,0%	0 0,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	85/100	85,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15/100	15,0%

18.1. Datenfeld 32: Neurologische Erkrankung – zerebrovaskulär (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja, ZNS, zerebrovaskulär	Peripher/Kombination/andere/unbekannt	
in QS-Dokumentation	ja, ZNS, zerebrovaskulär	8 8,0%	2 2,0%	10 10,0%
	Peripher/Kombination/andere/unbekannt	9 9,0%	81 81,0%	90 90,0%
Gesamt		17 17,0%	83 83,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	89 / 100	89,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11 / 100	11,0%
Sensitivität	8 / 17	47,1%
Spezifität	81 / 83	97,6%
positiv prädiktiver Wert	8 / 10	80,0%
negativ prädiktiver Wert	81 / 90	90,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Neurologische Erkrankung erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

18.2. Datenfeld 32: Neurologische Erkrankung – zerebrovaskulär (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja, ZNS, zerebrovaskulär	Peripher/Kombination/andere/unbekannt	
in QS-Dokumentation	ja, ZNS, zerebrovaskulär	2 4,1%	1 2,0%	3 6,1%
	Peripher/Kombination/andere/unbekannt	4 8,2%	42 85,7%	46 93,9%
Gesamt		6 12,2%	43 87,8%	49 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	44/49	89,8%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/49	10,2%
Sensitivität	2/6	33,3%
Spezifität	42/43	97,7%
positiv prädiktiver Wert	2/3	66,7%
negativ prädiktiver Wert	42/46	91,3%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Neurologische Erkrankung erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

18.3. Datenfeld 32: Neurologische Erkrankung – zerebrovaskulär (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja, ZNS, zerebrovaskulär	Peripher/Kombination/andere/unbekannt	
in QS-Dokumentation	ja, ZNS, zerebrovaskulär	6 11,8%	1 2,0%	7 13,7%
	Peripher/Kombination/andere/unbekannt	5 9,8%	39 76,5%	44 86,3%
Gesamt		11 21,6%	40 78,4%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	45/51	88,2%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/51	11,8%
Sensitivität	6/11	54,5%
Spezifität	39/40	97,5%
positiv prädiktiver Wert	6/7	85,7%
negativ prädiktiver Wert	39/44	88,6%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Neurologische Erkrankung erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

19. Datenfeld 33: Schweregrad der Behinderung (gesamt)

Grundgesamtheit: Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine neurologische Erkrankung am ZNS, zerebrovaskulär haben

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

		in Patientenakte						Gesamt
		Rankin 0	Rankin 1	Rankin 2	Rankin 3	Rankin 4	Rankin 5	
in QS-Dokumentation	Rankin 0	4 50,0%	0 0,0%	1 12,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	5 62,5%
	Rankin 1	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 12,5%	0 0,0%	0 0,0%	1 12,5%
	Rankin 2	0 0,0%	0 0,0%	1 12,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 12,5%
	Rankin 3	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 12,5%	0 0,0%	0 0,0%	1 12,5%
	Rankin 4	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin 5	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Gesamt		4 50,0%	0 0,0%	2 25,0%	2 25,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/8	75,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/8	25,0%

19.1. Datenfeld 33: Schweregrad der Behinderung (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz , die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine neurologische Erkrankung am ZNS, zerebrovaskulär haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	2	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	2	100,0%

		in Patientenakte						Gesamt
		Rankin 0	Rankin 1	Rankin 2	Rankin 3	Rankin 4	Rankin 5	
in QS-Dokumentation	Rankin 0	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%
	Rankin 1	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin 2	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%
	Rankin 3	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin 4	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin 5	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Gesamt		1 50,0%	0 0,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/2	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/2	0,0%

19.2. Datenfeld 33: Schweregrad der Behinderung (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine neurologische Erkrankung am ZNS, zerebrovaskulär haben

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

		in Patientenakte						Gesamt
		Rankin 0	Rankin 1	Rankin 2	Rankin 3	Rankin 4	Rankin 5	
in QS-Dokumentation	Rankin 0	3 50,0%	0 0,0%	1 16,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 66,7%
	Rankin 1	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 16,7%	0 0,0%	0 0,0%	1 16,7%
	Rankin 2	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin 3	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 16,7%	0 0,0%	0 0,0%	1 16,7%
	Rankin 4	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin 5	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Gesamt		3 50,0%	0 0,0%	1 16,2%	2 33,3%	0 0,0%	0 0,0%	6 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/6	66,7%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/6	33,3%

20. Datenfeld 34: präoperative Nierenersatztherapie (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte			Gesamt
		akut	chronisch	nein	
in QS-Dokumentation	akut	0 0,0%	0 0,0%	8 8,0%	8 8,0%
	chronisch	0 0,0%	3 3,0%	3 3,0%	6 6,0%
	nein	1 1,0%	0 0,0%	85 85,0%	86 86,0%
Gesamt		1 1,0%	3 3,0%	96 96,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	88/100	88,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/100	12,0%

20.1. Datenfeld 34: präoperative Nierenersatztherapie (ja/nein) (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja, akut/chronisch	nein	
in QS-Dokumentation	ja, akut/chronisch	3 3,0%	11 11,0%	14 14,0%
	nein	1 1,0%	85 85,0%	86 86,0%
Gesamt		4 4,0%	96 96,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	88/100	88,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/100	12,0%
Sensitivität	3/4	75,0%
Spezifität	85/96	88,5%
positiv prädiktiver Wert	3/14	21,4%
negativ prädiktiver Wert	85/86	98,8%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes präoperative Nierenersatztherapie erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

20.2. Datenfeld 34: präoperative Nierenersatztherapie (ja/nein) (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja, akut/chronisch	nein	
in QS-Dokumentation	ja, akut/chronisch	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%
Gesamt		0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%

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

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes präoperative Nierenersatztherapie erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

20.3. Datenfeld 34: präoperative Nierenersatztherapie (ja/nein) (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja, akut/chronisch	nein	
in QS-Dokumentation	ja, akut/chronisch	3 5,9%	11 21,6%	14 27,5%
	nein	1 2,0%	36 70,6%	37 72,5%
Gesamt		4 7,8%	47 92,2%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	39/51	76,5%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/51	23,5%
Sensitivität	3/4	75,0%
Spezifität	36/47	76,6%
positiv prädiktiver Wert	3/14	21,4%
negativ prädiktiver Wert	36/37	97,3%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes präoperative Nierenersatztherapie erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

21. Datenfeld 35: Präoperativer Kreatininwert (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine präoperative Nierenersatztherapie stattgefunden hat

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	85	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	85	100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	53/85	62,4%
Abweichung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	32/85	37,6%
Eintrag in der Patientenakte größer als in QS-Dokumentation davon	21/32	82,6%
≤ 0,2 mg/dl	8/21	38,1%
> 0,2 mg/dl	13/21	61,9%
Eintrag in der Patientenakte kleiner als in QS-Dokumentation davon	11/32	34,4%
≤ 0,2 mg/dl	8/11	72,7%
> 0,2 mg/dl	3/11	27,3%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	69/85	81,2%
Abweichung > 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	16/85	18,8%

21.1. Datenfeld 35: Präoperativer Kreatininwert > 2,3 (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine präoperative Nierenersatztherapie stattgefunden hat

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	85	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	85	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		> 2,3 mg/dl	≤ 2,3 mg/dl	
in QS-Dokumentation	> 2,3 mg/dl	0 0,0%	2 2,4%	2 2,4%
	≤ 2,3 mg/dl	2 2,4%	81 95,3%	83 97,6%
Gesamt		2 2,4%	83 97,6%	85 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	81/85	95,3%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/85	4,7%
Sensitivität	0/2	0,0%
Spezifität	81/83	97,6%
positiv prädiktiver Wert	0/2	0,0%
negativ prädiktiver Wert	81/83	97,6%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Präoperativer Kreatininwert erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

21.2. Datenfeld 35: Präoperativer Kreatininwert > 2,6 (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine präoperative Nierenersatztherapie stattgefunden hat

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

		in Patientenakte		Gesamt
		> 2,3 mg/dl	≤ 2,3 mg/dl	
in QS-Dokumentation	> 2,3 mg/dl	0 0,0%	1 2,0%	1 2,0%
	≤ 2,3 mg/dl	0 0,0%	48 98,0%	48 98,0%
Gesamt		0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	48/49	98,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/49	2,0%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	48/49	98,0%
positiv prädiktiver Wert	0/1	0,0%
negativ prädiktiver Wert	48/48	100,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Präoperativer Kreatininwert erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

21.3. Datenfeld 35: Präoperativer Kreatininwert > 2,6 (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte keine präoperative Nierenersatztherapie stattgefunden hat

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	36	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	36	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		> 2,3 mg/dl	≤ 2,3 mg/dl	
in QS-Dokumentation	> 2,3 mg/dl	0 0,0%	1 2,8%	1 2,8%
	≤ 2,3 mg/dl	2 5,6%	33 91,7%	35 97,2%
Gesamt		2 5,6%	34 94,4%	36 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	33/36	91,7%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/36	8,3%
Sensitivität	0/2	0,0%
Spezifität	33/34	97,1%
positiv prädiktiver Wert	0/1	0,0%
negativ prädiktiver Wert	33/35	94,3%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Präoperativer Kreatininwert erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

22. Datenfeld 43: Dringlichkeit (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte					Gesamt
		dringlich	elektiv	Notfall	Notfall (Reanimation)	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	dringlich	11 11,0%	15 15,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	26 26,0%
	elektiv	11 11,0%	62 62,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	74 74,0%
	Notfall	0 0%	0 0%	0 0,0%	0 0%	0 0%	0 0%
	Notfall (Reanimation)	0 0%	0 0%	0 0,0%	0 0%	0 0%	0 0%
Gesamt		22 22,0%	77 77,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	100 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	73/99	73,7%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	26/99	26,3%

22.1. Datenfeld 43: Dringlichkeit – Notfall (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte			Gesamt
		Notfall	dringlich/elektiv	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Notfall	0 0,0%	0 0,0%	0 1,0%	0 0,0%
	dringlich/elektiv	0 0,0%	99 99,0%	1 1,0%	100 100,0%
Gesamt		0 99,0%	99 99,0%	1 1,0%	100 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99/99	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/99	0,0%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	99/99	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	99/99	100,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Dringlichkeit erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

22.2. Datenfeld 43: Dringlichkeit – Notfall (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		Notfall	dringlich/ elektiv	
in QS-Dokumentation	Notfall	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	dringlich/elektiv	0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%
Gesamt		0 99,0%	49 49,0%	49 100,0%

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

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Dringlichkeit erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

22.3. Datenfeld 43: Dringlichkeit – Notfall (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	50	98,0%

		in Patientenakte			Gesamt
		Notfall	dringlich/elektiv	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Notfall	0 0,0%	0 0,0%	0 1,0%	0 0,0%
	dringlich/elektiv	0 0,0%	50 98,0%	1 2,0%	51 100,0%
Gesamt		0 99,0%	50 99,0%	1 2,0%	51 100,0%

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	50/50	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/50	0,0%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	50/50	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	50/50	100,0%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung der risikoadjustierten Sterblichkeitsraten bei QI 3 „Letalität“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Dringlichkeit erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

23. Datenfeld 46: Inotrope (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	1 1,0%	1 1,0%
	nein	0 0,0%	99 99,0%	99 99,0%
Gesamt		0 0,0%	100 100,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99/100	99,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/100	1,0%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	99/100	99,0%
positiv prädiktiver Wert	0/1	0,0%
negativ prädiktiver Wert	99/99	100,0%

23.1. Datenfeld 46: Inotrope (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	1 2,0%	1 2,0%
	nein	0 0,0%	48 98,0%	48 98,0%
Gesamt		0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	48/49	98,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/49	2,0%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	48/49	98,0%
positiv prädiktiver Wert	0/1	0,0%
negativ prädiktiver Wert	48/48	100,0%

23.2. Datenfeld 46: Inotrope (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	0 0,0%	51 100,0%	51 100,0%
Gesamt		0 0,0%	51 100,0%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	51/51	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/51	0,0%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	51/51	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	51/51	100,0%

24. Datenfeld 51: OP-Zeit (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	73/98	74,5%
Abweichung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	25/98	25,5%
Eintrag in der Patientenakte größer als in QS-Dokumentation davon	11/25	44,0%
≤ 10 min.	2/11	18,2%
> 10 min.	9/11	81,8%
Eintrag in der Patientenakte kleiner als in QS-Dokumentation davon	14/25	56,0%
≤ 10 min.	6/14	42,8%
> 10 min.	8/14	57,1%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 10 min. zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	81/98	82,7%
Abweichung > 10 min. zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	17/98	17,3%

24.1. Datenfeld 51: OP-Zeit (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	33/49	67,3%
Abweichung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation ²	16/49	32,7%
Eintrag in der Patientenakte größer als in QS-Dokumentation davon	9/16	56,3%
≤ 10 min.	2/9	22,2%
> 10 min.	7/9	77,8%
Eintrag in der Patientenakte kleiner als in QS-Dokumentation davon	7/16	43,8%
≤ 10 min.	5/7	71,4
> 10 min.	2/7	28,6%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 10 min. zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	40/49	81,6%
Abweichung > 10 min. zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	9/49	18,5%

24.2. Datenfeld 51: OP-Zeit (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	49	96,1%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	40/49	81,6%
Abweichung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	9/49	18,5%
Eintrag in der Patientenakte größer als in QS-Dokumentation davon	2/9	22,2%
≤ 10 min.	0/2	0,0%
> 10 min.	2/2	100,0%
Eintrag in der Patientenakte kleiner als in QS-Dokumentation davon	7/9	77,7%
≤ 10 min.	1/7	14,3%
> 10 min.	6/7	85,7%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 10 min. zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41/49	83,7%
Abweichung > 10 min. zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	8/49	16,3%

25. Datenfeld 75: Mediastinitis (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	1 1,0%	1 1,0%
	nein	0 0,0%	99 99,0%	99 99,0%
Gesamt		0 0,0%	100 100,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99/100	99,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/100	1,0%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	99/100	99,0%
positiv prädiktiver Wert	0/1	0,0%
negativ prädiktiver Wert	99/99	100,0%

25.1. Datenfeld 75: Mediastinitis (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	1 2,0%	1 2,0%
	nein	0 0,0%	48 98,0%	48 98,0%
Gesamt		0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	48/49	98,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/49	2,0%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	48/49	98,0%
positiv prädiktiver Wert	0/1	0,0%
negativ prädiktiver Wert	48/48	100,0%

25.2. Datenfeld 75: Mediastinitis (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	0 0,0%	51 100,0%	51 100,0%
Gesamt		0 0,0%	51 100,0%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	51/51	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/51	0,0%
Sensitivität	0/0	-
Spezifität	51/51	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	51/51	100,0%

26. Datenfeld 79: Rethorakotomie/Grund (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	100	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich ist</i>)	100/100	100,0%
100%ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation (Anzahl und Kodierung)	97/100	97,0%

	Anzahl	%
Angaben in Patientenakte	104	-
Angaben in QS-Dokumentation	104	-
Übereinstimmungen zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation (Kodierung)	97	-

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

26.1. Datenfeld 79: Rethorakotomie/Grund (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	49	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich ist</i>)	49/49	100,0%
100%ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation (Anzahl und Kodierung)	48/49	98,0%

	Anzahl	%
Angaben in Patientenakte	51	-
Angaben in QS-Dokumentation	51	-
Übereinstimmungen zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation (Kodierung)	50	-

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

26.2. Datenfeld 79: Rethorakotomie/Grund (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	51	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich ist</i>)	51/51	100,0%
100%ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation (Anzahl und Kodierung)	49/51	96,1%

	Anzahl	%
Angaben in Patientenakte	53	-
Angaben in QS-Dokumentation	53	-
Übereinstimmungen zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation (Kodierung)	47	-

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

27. Datenfeld 81: Zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung (gesamt)¹

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	1 1,0%	99 99,0%	100 100,0%
Gesamt		1 1,0%	99 99,0%	100 100,0%

	Anteil	%
ÜbereinstimmungmPatientenakte und QS-Dokumentation	99/100	99,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/100	1,0%
Sensitivität	0/1	0,0%
Spezifität	99/99	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	99/100	99,0%

¹ Da es keinen Fall gibt, für den laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein zerebrovaskuläres Ereignis vorliegt, kann die Dokumentation für die abhängigen Datenfelder „Dauer des zerebrovaskulären Ereignis bis zur Entlassung“ und „Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung“ nicht überprüft werden. Da in den Auswertungstabellen nur der Wert „0“ auftauchen würde, wird auf die Darstellung verzichtet.

27.1. Datenfeld 81: Zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%
Gesamt		0 0,0%	49 100,0%	49 100,0%

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

27.2. Datenfeld 81: Zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		ja	nein	
in QS-Dokumentation	ja	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein	1 2,0%	50 98,0%	51 100,0%
Gesamt		1 2,0%	50 98,0%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	50/51	98,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/51	2,0%
Sensitivität	0/1	0,0%
Spezifität	50/50	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	50/51	98,0%

28. Datenfeld 86: Postoperativer Kreatininwert (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	34/99	34,3%
Abweichung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation ²	65/99	65,7%
Eintrag in der Patientenakte größer als in QS-Dokumentation davon	61/65	93,8%
≤ 0,2 mg/dl	21/61	34,4%
> 0,2 mg/dl	40/61	65,6%
Eintrag in der Patientenakte kleiner als in QS-Dokumentation davon	4/65	6,2%
≤ 0,2 mg/dl	1/4	25,0%
> 0,2 mg/dl	3/4	75,0%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	56/99	56,6%
Abweichung > 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	43/99	43,4%

28.1. Datenfeld 86: Postoperativer Kreatininwert (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	25/49	51,0%
Abweichung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation ²	24/49	49,0%
Eintrag in der Patientenakte größer als in QS-Dokumentation davon	22/24	91,7%
≤ 0,2 mg/dl	13/22	59,1%
> 0,2 mg/dl	9/22	40,9%
Eintrag in der Patientenakte kleiner als in QS-Dokumentation davon	2/24	8,3%
≤ 0,2 mg/dl	1/2	50,0%
> 0,2 mg/dl	1/2	50,0%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	40	81,6%
Abweichung > 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	9/49	18,4%

28.2. Datenfeld 86: Postoperativer Kreatininwert (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	50	98,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	9/50	18,0%
Abweichung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation ²	41/50	82,0%
Eintrag in der Patientenakte größer als in QS-Dokumentation davon	39/41	95,1%
≤ 0,2 mg/dl	8/39	20,5%
> 0,2 mg/dl	31/39	79,5%
Eintrag in der Patientenakte kleiner als in QS-Dokumentation davon	2/41	4,9%
≤ 0,2 mg/dl	0/2	0,0%
> 0,2 mg/dl	2/2	100,0%
Übereinstimmung oder Abweichung ≤ 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	17/50	34,0%
Abweichung > 0,2 mg/dl zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	33/50	66,0%

29. Datenfeld 88: Postoperative Nierenersatztherapie (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte			Gesamt
		akut	chronisch	nein	
in QS-Dokumentation	akut	2 2,0%	0 0,0%	1 1,0%	3 3,0%
	chronisch	0 0,0%	1 1,0%	4 4,0%	5 5,0%
	nein	9 9,0%	2 2,0%	81 81,0%	92 92,0%
Gesamt		11 11,0%	3 3,0%	86 86,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	84 / 100	84,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	16 / 100	16,0%

29.1. Datenfeld 88: Postoperative Nierenersatztherapie – akut (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		akut	nein/chronisch	
in QS-Dokumentation	akut	2 2,0%	1 1,0%	3 3,0%
	nein/chronisch	9 9,0%	88 88,0%	97 97,0%
Gesamt		11 11,0%	89 89,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	90/100	90,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10/100	10,0%
Sensitivität	2/11	18,2%
Spezifität	88/89	98,9%
positiv prädiktiver Wert	2/3	66,7%
negativ prädiktiver Wert	88/97	90,7%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 2 „Postoperative Nierenfunktionsstörung“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Postoperative Nierenersatztherapie erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

29.2. Datenfeld 88: Postoperative Nierenersatztherapie – akut (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		akut	nein/chronisch	
in QS-Dokumentation	akut	2 4,1%	1 2,0%	3 6,1%
	nein/chronisch	1 2,0%	45 91,8%	46 93,9%
Gesamt		3 6,1%	46 93,9%	49 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	47/49	95,9%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/49	4,1%
Sensitivität	2/3	66,7%
Spezifität	45/46	97,8%
positiv prädiktiver Wert	2/3	66,7%
negativ prädiktiver Wert	45/46	97,8%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 2 „Postoperative Nierenfunktionsstörung“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Postoperative Nierenersatztherapie erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

29.3. Datenfeld 88: Postoperative Nierenersatztherapie – akut (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		akut	nein/chronisch	
in QS-Dokumentation	akut	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nein/chronisch	8 15,7%	43 84,3%	51 100,0%
Gesamt		8 15,7%	43 84,3%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	43/51	84,3%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/51	15,7%
Sensitivität	0/8	0,0%
Spezifität	43/43	100,0%
positiv prädiktiver Wert	0/0	-
negativ prädiktiver Wert	43/51	84,3%

Anmerkung zur Auswertung:

Da für die Berechnung des QI 2 „Postoperative Nierenfunktionsstörung“ eine Dichotomisierung des Datenfeldes Postoperative Nierenersatztherapie erfolgt, ist für dieses Feld eine Sonderauswertung durchgeführt worden.

30. Datenfeld 96: Entlassungsgrund = Tod (gesamt)

Grundgesamtheit: alle Patienten

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

		in Patientenakte		Gesamt
		Tod	lebend entlassen	
in QS-Dokumentation	Tod	8 8,0%	0 0,0%	8 8,0%
	lebend entlassen	0 0,0%	92 92,0%	92 92,0%
Gesamt		8 8,0%	92 92,0%	100 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100/100	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/100	0,0%
Sensitivität	8/8	100,0%
Spezifität	92/92	100,0%
positiv prädiktiver Wert	8/8	100,0%
negativ prädiktiver Wert	92/92	100,0%

30.1. Datenfeld 96: Entlassungsgrund = Tod (konventionell)

Grundgesamtheit: Patienten mit konventionellem Aortenklappenersatz

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

		in Patientenakte		Gesamt
		Tod	lebend entlassen	
in QS-Dokumentation	Tod	3 6,1%	0 0,0%	3 6,1%
	lebend entlassen	0 0,0%	46 93,9%	46 93,9%
Gesamt		3 6,1%	46 93,9%	49 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	46/49	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/49	0,0%
Sensitivität	3/3	100,0%
Spezifität	46/46	100,0%
positiv prädiktiver Wert	3/3	100,0%
negativ prädiktiver Wert	46/46	100,0%

30.2. Datenfeld 96: Entlassungsgrund = Tod (kathetergestützt)

Grundgesamtheit: Patienten mit kathetergestütztem Aortenklappenersatz

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	51	100,0%
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	51	100,0%

		in Patientenakte		Gesamt
		Tod	lebend entlassen	
in QS-Dokumentation	Tod	5 9,8%	0 0,0%	5 9,8%
	lebend entlassen	0 0,0%	46 90,2%	46 90,2%
Gesamt		5 9,8%	46 90,2%	51 100,0%

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	51/51	100,0%
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/51	0,0%
Sensitivität	5/5	100,0%
Spezifität	46/46	100,0%
positiv prädiktiver Wert	5/5	100,0%
negativ prädiktiver Wert	46/46	100,0%