

# **Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss**

Bericht gemäß § 15 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses  
gemäß § 137 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 135 a SGB V  
über Maßnahmen der Qualitätssicherung  
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser  
(Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL)

## **Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2014**

### **Niedersachsen**

Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung  
Thielenplatz 3  
30159 Hannover

**Stand: 15. März 2016**

## **Strukturierter Bericht gemäß § 15 Abs. 1 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern**

mit den textlichen Zusammenfassungen gem. § 15 Abs. 3 dieser Richtlinie zur Weitergabe an die Bundesebene / Gemeinsamer Bundesausschuss, Unterausschuss „Qualitätssicherung“.

Der Bericht zum strukturierten Dialog orientiert sich genau an dem mit der Arbeitsgruppe „Externe stationäre Qualitätssicherung“ des Unterausschusses „Qualitätssicherung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abgestimmten Berichtsentwurf zur Gliederung und inhaltlichen Ausgestaltung der Textform der Berichte zum strukturierten Dialog.

### **Inhaltsverzeichnis:**

1. Zusammenfassung .....	Seite 3
2. Schwerpunktthemen der Bundesebene .....	Seite 7
2.1 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene (C-Indikatoren) .....	Seite 8
2.2 Anfragen der AG „Externe stationäre Qualitätssicherung“ .....	Seite 10
2.3 Empfehlungen der Bundesfachgruppen zum Strukturierten Dialog 2014 ....	Seite 13
3. Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich / Sentinel Events .....	Seite 14
4. Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene .....	Seite 22
4.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich .....	Seite 22
4.2 Statistische Basisprüfung .....	Seite 24
4.3 Vollzähligkeit .....	Seite 26
4.4 Anlage von Minimaldatensätzen (MDS) .....	Seite 28
5. Landesspezifika .....	Seite 29

# 1. Zusammenfassung

Von den niedersächsischen Arbeitsgruppen wurden für das Erfassungsjahr 2014 die statistischen Ergebnisse von 280.456 Datensätzen und Risikostatistiken der externen Qualitätssicherung aus 188 niedersächsischen Krankenhäusern beurteilt.

In den 20 von der Landesebene betreuten, so genannten indirekten Leistungsbereichen wurden insgesamt 387 Qualitätsindikatoren ausgewertet. Von allen, insgesamt 19.140 berechneten Einzelergebnissen wurden bei 1.716 (9,0%) eine Abweichung vom festgelegten Referenzbereich festgestellt (rechnerische Auffälligkeit). Daraufhin wurde mit den Krankenhäusern mit rechnerischen Auffälligkeiten Kontakt aufgenommen. In 451 (26,3%) dieser Fälle wurden die Krankenhäuser in Form eines Hinweisschreibens um interne Prüfung gebeten. Bei 1.265 (73,7%) der Fälle wurden die Krankenhäuser zur schriftlichen Stellungnahme aufgefordert. In 24 (1,9%) Fällen mit der Bitte um Stellungnahme waren abschließend zur Bewertung kollegiale Gespräche zwischen der zuständigen Arbeitsgruppe und dem betreffenden Krankenhaus notwendig. Die nachfolgende Übersicht gibt einen Überblick über das Gesamtmenüengerüst einschließlich der abschließenden Bewertung sowie eine getrennte Darstellung pro Arbeitsgruppe:

		Kardiologie	Chirurgie	Gynäkologie und Geburtshilfe	Orthopädie und Unfallchirurgie	Dekubitusprophylaxe	Pneumonie	Gesamt
betrachtete Einzelergebnisse im strukturierten Dialog		4.727	1.390	2.890	8.091	374	1.668	19.140
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
davon Abweichungen vom Referenzbereich		391	104	286	576	74	285	1.716
		8,27%	7,48%	9,90%	7,12%	19,79%	17,09%	8,97%
davon Hinweise		59	0	45	180	0	167	451
		15,09%	0,00%	15,73%	31,25%	0,00%	58,60%	26,28%
davon Stellungnahmen		332	104	241	396	74	118	1.265
		84,91%	100,00%	84,27%	68,75%	100,00%	41,40%	73,72%
davon kollegiale Gespräche		13	1	5	3	2	0	24
		3,92%	0,96%	2,07%	0,76%	2,70%	0,00%	1,90%
Bewertung auf Basis aller Einzelergebnisse	auffällig	76	3	34	75	10	82	280
		1,61%	0,22%	1,18%	0,93%	2,67%	4,92%	1,46%
	Hinweise	59	0	45	180	0	167	451
		1,25%	0,00%	1,56%	2,22%	0,00%	10,01%	2,36%
	unauffällig	4.558	1.364	2.728	7.786	333	1.398	18.167
		96,42%	98,13%	94,39%	96,23%	89,04%	83,81%	94,92%
Bewertung auf Basis der Einzelergebnisse mit Abweichung vom Referenzbereich	auffällig	76	3	34	75	10	82	280
		19,44%	2,88%	11,89%	13,02%	13,51%	28,77%	16,32%
	Hinweise	59	0	45	180	0	167	451
		15,09%	0,00%	15,73%	31,25%	0,00%	58,60%	26,28%
	unauffällig	256	101	207	321	64	36	985
		65,47%	97,12%	72,38%	55,73%	86,49%	12,63%	57,40%

Am Ende jedes kollegialen Gespräches wurden mit den 14 betroffenen Krankenhäusern Zielvereinbarungen geschlossen. Dies betraf die Leistungsbereiche aus den Fachgebieten Kardiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Dekubitusprophylaxe.

### Übersicht über kollegiale Gespräche und Zielvereinbarungen 2014 (14 Krankenhäuser zu 24 Qualitätsindikatoren)

Modul	Kardiologie				Chirurgie 10/2	Gynäkologie und Geburtshilfe		Orthopädie und Unfallchirurgie			Dekubitus- prophylaxe DEK	Gesamt	Kategorien der Zielvereinbarungen					
	09/1	09/2	09/4	21/3		15/1	16/1	17/2	17/5	Prozessan- passung der med. Leistungs- erbringung			Konzept- entwick- lung	An- schaffung neuer Geräte	Fort- und Weiterbil- dung des Personals	Überprüfung/ Anpassung der Dokumentation	Leistung ggf. nicht mehr erbringen	
Krankenhaus 1	2										2		x			x	x	
2	2	1	2								5		x		x	x		
3	1			1							2		x	x				
4				2							2		x			x		
5				1							1		x			x		
6	1										1		x			x	x	
7					1						1		x	x				
8						1					1		x			x		
9							1				1		x					
10								2			2		x	x				
11								1			1				x	x		
12									1	2		3				x		
13											1	1	x	x		x		
14											1	1	x	x		x		
Gesamt	6	1	2	4	1	1	4	1	2		2	24						

Darüber hinaus sind als weitere Maßnahmen mit 113 Krankenhäusern 125 Zielvereinbarungen ohne kollegiales Gespräch getroffen worden. Dies betraf die Leistungsbereiche aus den Fachgebieten Kardiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie und Unfallchirurgie, Dekubitusprophylaxe sowie Pneumonie.

### Übersicht über Zielvereinbarungen 2014 ohne kollegiales Gespräch

Modul	Kardiologie				Gynäkologie und Geburtshilfe				Orthopädie und Unfallchirurgie					Deku- bitus DEK	Pneu- monie PNEU	Gesamt	Kategorien der Zielvereinbarungen				
	09/1	09/3	09/4	21/3	15/1	16/1	18/1	NEO	17/1	17/2	17/3	17/5	17/7				Anzahl KH	Anzahl QI	Prozessan- passung der med. Leistungs- erbringung	Konzept- entwick- lung	Anschaffung neuer Geräte
4	5														5		2			3	
7		8													8					8	
8			8												8					8	
7				8											8		2			6	
5					5										5					5	
6						6									6				2	4	
5							6								6	4		2			
3								3							3			1		2	
11									12						12		1		1	10	
18										22					22		1		3	18	
3											3				3					3	
7											7				7				2	5	
6												6			6					6	
8												8			8				4	4	
15													18		18		5		5	3	
Gesamt	5	8	8	8	5	6	6	3	12	22	3	7	6	8	18	18	9	11	3	17	85

## **Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene (C-Indikatoren)**

Die Bundesfachgruppen haben für das Jahr 2014 fünf Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf (sog. C-Indikatoren) identifiziert (Tabelle 1). Diese betreffen die Module 09/3 (Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation), 09/4 (Implantierbare Defibrillatoren), 09/6 (Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation), 16/1 (Geburtshilfe) und 18/1 (Mammachirurgie).

## **Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich**

Bei 21 Qualitätsindikatoren zeigten sich in Niedersachsen Abweichungen der Landesergebnisse von den Referenzbereichen der Bundesebene (Tabellen 2 und 3). Davon sind 18 Sentinel-Event-Indikatoren, bei denen jeder Einzelfall geprüft wird. Bei den übrigen drei Qualitätsindikatoren hat sich das niedersächsische Ergebnis im Vergleich zum Jahr 2012 signifikant verbessert.

## **Datenvalidierung**

Im Rahmen der Datenvalidierung werden die von den Krankenhäusern übermittelten Daten auf Vollständigkeit, Vollständigkeit und Plausibilität überprüft (Tabelle 4). Dafür werden sowohl das Stichprobenverfahren mit Zweitabgleich (Vor-Ort-Überprüfung der Dokumentation in landesweit 5% der Krankenhäuser pro Modul) als auch die statistische Basisprüfung mit strukturiertem Dialog durchgeführt. Für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Bundesebene das Modul 9/3 (Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation) als indirekter, von der Projektgeschäftsstelle zu betreuender Leistungsbereich ausgewählt.

Im Rahmen der Vor-Ort-Prüfung der Daten im Krankenhaus wurden für das Modul 9/3 vier Krankenhäuser in Niedersachsen von der Projektgeschäftsstelle besucht und die Qualitätssicherungsdokumentation mit der Dokumentation in der Patientenakte verglichen. Bedeutende qualitätssicherungsrelevante Abweichungen lagen in keinem Krankenhaus vor. Die beteiligten Krankenhäuser wurden gebeten, ihre Daten aus dem Erfassungsjahr 2015 anhand der gefundenen Abweichungen zum Erfassungsjahr 2014 zu überprüfen und ggfs. zu korrigieren und erneut zu übermitteln. Mit einem Krankenhaus ist eine Zielvereinbarung getroffen worden, die eine interne Schulung zur Dokumentation der Messwerte vorsieht.

Im Rahmen der statistischen Basisprüfung mit strukturiertem Dialog wurden anhand von Rechenmodellen die Daten der Krankenhäuser mittels neu entwickelter als auch bereits bewährter Auffälligkeitskriterien überprüft. Dabei waren zwischen 0 und 13,9% (11 von 79 Krankenhäusern) rechnerisch auffällig. Eine Ausnahme bildet das Modul 15/1 (Gynäkologische Operationen). Dort waren in der Kennzahl 850312 (Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer) 42,9% (6 von 14 Krankenhäusern) rechnerisch auffällig.

Als Hauptgrund für die Abweichungen im Bereich der Datenvalidierung wurde in den von den Krankenhäusern übermittelten Stellungnahmen das fehlende Verständnis der Krankenhäuser bezüglich der Anfragen zur Dokumentationsqualität identifiziert. Dem AQUA-Institut wurde mitgeteilt, dass Anfragen bezüglich der Dokumentation im Krankenhaus einfach und verständlich formuliert werden müssen. Dies war bisher nicht durchgehend der Fall. Selbst Arbeitsgruppenmitglieder haben die Anfragen zur Dokumentationsqualität erst nach intensiver Beratung innerhalb der Arbeitsgruppen richtig interpretieren können.

Abschließend wurde für jedes Modul und jedes Krankenhaus sowohl eine Unter- (< 95%) als auch eine Überdokumentation (> 110%) hinterfragt. Die häufigsten Ursachen für die Underdokumentation waren organisatorische Probleme des Krankenhauses (z.B. Softwareproble-

me/ -wechsel) und eine fehlerhafte Dokumentation. Als Ursachen für eine Überdokumentation wurden hier vor allem fehlerhafte Dokumentationen identifiziert. Zum größten Teil haben die Krankenhäuser bereits mit der Behebung der Probleme begonnen.

Alle niedersächsischen Krankenhäuser wurden von der Projektgeschäftsstelle über die Erkenntnisse aus der Datenvalidierung für 2014 informiert und gebeten, die Dokumentation für das Erfassungsjahr 2015 intern zu überprüfen, ggf. fehlerhafte Datensätze zu korrigieren und bis zum 29. Februar 2016 erneut zu übermitteln. So können die Erkenntnisse aus dem Erfassungsjahr 2014 bereits für die Dokumentation des Erfassungsjahres 2015 genutzt werden.

## 2. Schwerpunktthemen der Bundesebene

Tabelle 1: Schwerpunkt-Qualitätsindikatoren der Bundesebene

Leistungsbereich	Modul-Kennzahl	Bezeichnung: Schwerpunkt-Indikatoren	Referenzbereich 2014	Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
				2014	2012		
Herzschrittacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	09/3 - 51988	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	<= 6,00%	3,46%	*	hier nicht anwendbar	Seite 8
Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	09/4 - 50004	Leitlinienkonforme Indikation	>= 90,00%	94,20%	95,40%**		Seite 8
Implantierbare Defibrillatoren- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	09/6 - 52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	<= 6,00%	5,23%	*	hier nicht anwendbar	Seite 8
Geburtshilfe	16/1 - 318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	>= 90,00%	95,30%	95,30%		Seite 9
Hüft-Endoprothesen- Erstimplantation	17/2 - 457	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	0,24%	0,2%	hier nicht anwendbar	Seite 10
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/7 - 51044	Gehunfähigkeit bei Entlassung	<= 5,80	0,72	1,09 **		Seite 10
Mammachirurgie	17/7 - 51059	Allgemeine postoperative Komplikationen	<= 4,17	1,23	1,36 **		Seite 10
	18/1 - 50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	<= 29,00%	16,70%	22,90%**		Seite 9
Ambulant erworbene Pneumonie	Pneu - 2005	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	>= 95,00%	97,26%	96,4%		Seite 11
	Pneu - 2009	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	>= 90,00%	94,86%	93,8%		Seite 11
	Pneu - 2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	>= 95,00%	94,16%	91,5%		Seite 11
	Pneu - 50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	>= 98,00%	95,16%	93,3%		Seite 12

Legende
Ergebnis liegt innerhalb des Referenzbereichs
signifikant verbessert
nicht signifikant verändert
signifikant verschlechtert

\* Indikator in dieser Form im Jahr 2012 nicht existent  
 \*\* Ergebnis 2012 auf Grund von (leicht) veränderten Rechenregeln nur bedingt mit Ergebnis 2014 vergleichbar

Die Entscheidung über Signifikanz wird getroffen anhand des Ergebnisses plus 95%-Konfidenzgrenzen. Wenn sich die Bereiche aus beiden Jahren nicht überlappen, dann liegt eine signifikante Veränderung vor. Ob ein Ergebnis verbessert oder verschlechtert ist, entscheidet sich durch Interpretation der Veränderung in Bezug zum geforderten Referenzwert.

## 2.1 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aus Sicht der Bundesebene (C-Indikatoren)

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
<b>09/3</b>	<b>Herzschrittmacher – Revision/-Systemwechsel / -Explantation</b>
09n3 – 51988	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $\leq 6,00\%$  ein Wert von 3,46% vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2012 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2012 noch nicht existierte.

Mit 21 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. 20 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und eins als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
<b>09/4</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren – Implantation</b>
09n4 – 50004	Leitlinienkonforme Indikation

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $\geq 90,00\%$  eine Rate von 94,20% gegenüber 96,30% im Jahr 2012 vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2012 sind auf Grund von leicht veränderten Rechenregeln nur bedingt möglich.

Mit 14 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. Zehn Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und vier als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
<b>09/6</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation</b>
09n6 – 52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $\leq 6,00\%$  ein Wert von 5,23% vor. Aussagen zur Tendenz bezüglich des Vergleichsjahres 2012 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2012 noch nicht existierte.

Mit 19 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog geführt. 17 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und zwei als „qualitativ auffällig“ eingestuft.



<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>16/1</b>	<b>Geburtshilfe</b>
16n1 – 318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburt

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $\geq 90,00\%$  eine unveränderte Rate von 95,30% gegenüber dem Jahr 2012 vor.

Mit 24 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. 22 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, eins als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und eins als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>18/1</b>	<b>Mammachirurgie</b>
18n1 – 50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $\leq 29,00\%$  eine Rate von 16,70% vor. Aussagen zur Tendenz bzgl. des Vergleichsjahres 2012 sind nicht möglich, da bei diesem Indikator die Rechenregeln geändert wurden.

Mit 10 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Alle 10 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

## 2.2 Anfragen der AG „Externe stationäre Qualitätssicherung“

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
17n2 – 457	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 37 von 15.390 Fällen vor gegenüber 29 von 14.579 Fällen im Jahr 2012.

Mit 32 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. 31 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und eins als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
17n7 – 51044	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von <= 5,80 ein Wert von 0,72 (7 / 9,71 Fälle) vor gegenüber 1,09 (8 / 7,32 Fälle) im Jahr 2012.

Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. An alle drei Krankenhäuser wurde ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
17n7 – 51059	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von <= 4,17 ein Wert von 1,23 (34 / 27,63 Fälle) vor gegenüber 1,36 (38 / 28,01 Fälle) im Jahr 2012.

Mit sieben Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. An alle sieben Krankenhäuser wurde ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>PNEU</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
PNEU – 2005	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $\geq 95,00\%$  eine signifikant verbesserte Rate von 97,26% gegenüber 96,40% im Jahr 2012 vor.

Mit 24 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Drei Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“, eins als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und 13 als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Außerdem wurde an sieben Krankenhäuser ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>PNEU</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
PNEU – 2009	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $\geq 90,00\%$  eine signifikant verbesserte Rate von 94,86% gegenüber 93,80% im Jahr 2012 vor.

Mit 19 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Drei Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und sechs als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Außerdem wurde an zehn Krankenhäuser ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>PNEU</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
PNEU – 2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $\geq 95,00\%$  eine signifikant verbesserte Rate von 94,16% gegenüber 91,50% im Jahr 2012 vor.

Mit 39 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Sechs Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und 26 als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Außerdem wurde an sieben Krankenhäuser ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>PNEU</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
PNEU – 50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $\geq 98,00\%$  eine signifikant verbesserte Rate von 95,16% gegenüber 93,30% im Jahr 2012 vor.

Mit 64 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. 9 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ und 29 als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Außerdem wurde an 26 Krankenhäuser ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

## **2.3 Empfehlungen der Bundesfachgruppen zum Strukturierten Dialog 2014**

Es gab keine besonderen Empfehlungen der Bundesfachgruppen zur Durchführung des Strukturierten Dialogs 2014.

### 3. Qualitätsindikatoren mit Abweichung des Landesergebnisses vom Bundes-Referenzbereich / Sentinel Events

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren mit Abweichungen vom Referenzbereich der Bundesebene

Leistungsbereich	Modul-Kennzahl	QI mit Abweichung vom Bundesreferenzbereich	Referenzbereich		Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
			2014	2014	2014	2012		
Geburtshilfe	16/1 - 50046	Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	>= 95,00%	87,82%	84,60%		Seite 16	
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU - 2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	>= 95,00%	94,16%	91,50%		Siehe Kapitel 2.1, Seite 11	
	PNEU - 50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	>= 98,00%	95,16%	93,3%		Siehe Kapitel 2.1, Seite 12	

Indikator in dieser Form im Jahr 2012 nicht  
\* existent

Ergebnis 2012 auf Grund von (leicht)  
\*\* veränderten Rechenregeln nur bedingt mit  
Ergebnis 2014 vergleichbar

Legende	
	signifikant verbessert
	nicht signifikant verändert
	signifikant verschlechtert

Die Entscheidung über Signifikanz wird getroffen anhand des Ergebnisses plus 95%-Konfidenzgrenzen. Wenn sich die Bereiche aus beiden Jahren nicht überlappen, dann liegt eine signifikante Veränderung vor.

Ob ein Ergebnis verbessert oder verschlechtert ist, entscheidet sich durch Interpretation der Veränderung in Bezug zum geforderten Referenzwert.

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren - Sentinel Events

Leistungsbereich	Modul-Kennzahl	QI mit Abweichung vom Bundesreferenzbereich: Sentinel Events (Sentinel-Ereignisse erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse von besonderer Bedeutung. Jeder Fall zieht eine Einzelfallanalyse im Strukturierten Dialog nach sich.)	Referenzbereich		Ergebnis		Tendenz	Kommentierung
			2014	2014	2012	2012		
Herzschrittmarker - Aggregatwechsel	09/2 - 1092	Laufzeit des alten Herzschrittmarker-Aggregats unter 4 Jahren bei Einkammersystem (AAI, VVI)	sentinel event	1 v. 357	0 v. 893	hier nicht anwendbar	Seite 16	
	09/2 - 1093	Laufzeit des alten Herzschrittmarker-Aggregats unter 4 Jahren bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	sentinel event	3 v. 1.085	9 v. 893	hier nicht anwendbar	Seite 17	
	09/2 - 51398	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	4 v. 1.518	3 v. 1.355	hier nicht anwendbar	Seite 17	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5 - 50031	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	1 v. 878	0 v. 623	hier nicht anwendbar	Seite 17	
	12/1 - 220	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	sentinel event	20 v. 17.706	18 v. 17.413	hier nicht anwendbar	Seite 18	
Cholezystektomie	12/1 - 50824	Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko	sentinel event	26 v. 17.706	20 v. 17.413	hier nicht anwendbar	Seite 18	
	15/1 - 51418	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	sentinel event	21 v. 4.482	23 v. 5.031	hier nicht anwendbar	Seite 18	
Geburtshilfe	16/1 - 331	Müttersterblichkeit bei Geburten	sentinel event	0 v. 61.100	3 v. 57.245	hier nicht anwendbar	Seite 19	
	16/1 - 1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	sentinel event	8 v. 842	13 v. 736	hier nicht anwendbar	Seite 19	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17/1 - 2277	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	sentinel event	26 v. 2.965	26 v. 2.801	hier nicht anwendbar	Seite 19	
	17/2 - 457	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	37 v. 15.368	29 v. 14.579	hier nicht anwendbar	siehe Kap. 2.2, Seite 10	
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	17/3 - 471	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	67 v. 2.480	48 v. 2.525	hier nicht anwendbar	Seite 20	
	17/3 - 51866	Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen	sentinel event	18 v. 1.609	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 20	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	17/5 - 472	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	14 v. 11.704	8 v. 12.292	hier nicht anwendbar	Seite 20	
	17/7 - 476	Sterblichkeit im Krankenhaus	sentinel event	14 v. 1.591	10 v. 1.662	hier nicht anwendbar	Seite 20	
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/7 - 51874	Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen	sentinel event	4 v. 885	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 21	
	DEK - 52010	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	sentinel event	148 v. 1.533.360	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 21	
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU - 2019	Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	sentinel event	1 v. 184	nicht vorhanden	hier nicht anwendbar	Seite 21	

## Qualitätsindikatoren mit Abweichungen vom Referenzbereich der Bundesebene

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
16/1	Geburtshilfe
16n1 – 50046	Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2015 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $\geq 95,00\%$  eine signifikant verbesserte Rate von  $87,82\%$  gegenüber  $84,60\%$  im Jahr 2012 vor.

Mit sieben Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Alle sieben Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU – 2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bei Entlassung

Siehe Kapitel 2.1, Seite 11

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNEU – 50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Siehe Kapitel 2.1, Seite 12

## Sentinel-Event-Indikatoren

Modul-Kennzahl	Bezeichnung
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09n2 – 1092	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Einkammersystem (AAI, VVI)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von  $= 0,00\%$  ein Wert von 1 von 357 Fällen vor gegenüber 0 von 893 Fällen im Jahr 2012.

Mit einem Krankenhaus, das vom Bundes-Referenzbereich abwich, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Es wurde an das Krankenhaus ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

Laut niedersächsischer Arbeitsgruppe „Kardiologie“ ist mit diesem Qualitätsindikator keine Aussage zur Qualität der Leistung möglich, da die Laufzeit des Herzschrittmachers – wenn überhaupt – von der Reizschwelle nach der Herzschrittmacher-Implantation abhängig sei und nicht erfragt wird, ob die Implantation im selben Krankenhaus durchgeführt worden ist.



<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>09/2</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
09n2 – 1093	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Zweikammersystem (VDD, DDD)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 3 von 1.085 Fällen vor gegenüber 9 von 893 Fällen im Jahr 2012.

Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Es wurde an alle drei Krankenhäuser ein Hinweis mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit versandt.

Laut niedersächsischer Arbeitsgruppe „Kardiologie“ ist mit diesem Qualitätsindikator keine Aussage zur Qualität der Leistung möglich, da die Laufzeit des Herzschrittmachers – wenn überhaupt – von der Reizschwelle nach der Herzschrittmacher-Implantation abhängig sei und nicht erfragt wird, ob die Implantation im selben Krankenhaus durchgeführt worden ist.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>09/2</b>	<b>Herzschrittmacher – Aggregatwechsel</b>
09n2 – 51398	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 4 von 1.518 Fällen vor gegenüber 3 von 1.355 Fällen im Jahr 2012.

Mit vier Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle vier Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>09/5</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
09n5 – 50031	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 1 von 878 Fällen vor gegenüber 0 von 623 Fällen im Jahr 2012.

Mit einem Krankenhaus, das vom Bundes-Referenzbereich abwich, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde ein Einzelfall überprüft. Das Krankenhaus wurde nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>12/1</b>	<b>Cholezystektomie</b>
12n1 – 220	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 20 von 17.706 Fällen vor gegenüber 18 von 17.413 Fällen im Jahr 2012.

Mit 19 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. 18 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft, eins als auffällig.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>12/1</b>	<b>Cholezystektomie</b>
12n1 – 50824	Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 26 von 17.706 Fällen vor gegenüber 20 von 17.413 Fällen im Jahr 2012.

Mit 22 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle 22 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>15/1</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
15n1 – 51418	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 21 von 4.482 Fällen vor gegenüber 23 von 5.031 Fällen im Jahr 2012.

Mit 15 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle 15 Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>16/1</b>	<b>Geburtshilfe</b>
16n1 – 331	Müttersterblichkeit bei Geburten

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 0 von 61.100 Fällen vor gegenüber 3 von 57.245 Fällen im Jahr 2012.

Alle Krankenhäuser lagen innerhalb des Bundes-Referenzbereiches.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>16/1</b>	<b>Geburtshilfe</b>
16n1 – 1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 8 von 842 Fällen vor gegenüber 13 von 736 Fällen im Jahr 2012.

Mit sechs Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle sechs Krankenhäuser wurden abschließend als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>17/1</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
17n1 – 2277	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 26 von 2.965 Fällen vor gegenüber 26 von 2.801 Fällen im Jahr 2012.

Mit 20 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle 20 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>17/2</b>	<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation</b>
17n2 – 457	Sterblichkeit im Krankenhaus

Siehe Kapitel 2.2, Seite 10

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>17/3</b>	<b>Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel</b>
17n3 – 471	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 67 von 2.480 Fällen vor gegenüber 48 von 2.525 Fällen im Jahr 2012.

Mit 42 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. 41 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft, eins als „qualitativ auffällig“.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>17/3</b>	<b>Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel</b>
17n3 – 51866	Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 18 von 1.609 Fällen vor. Aussagen zu Ergebnissen bezüglich des Vergleichsjahres 2012 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2012 noch nicht existierte.

Mit 16 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle 16 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>17/5</b>	<b>Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation</b>
17n5 – 472	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 14 von 11.704 Fällen vor gegenüber 8 von 12.292 Fällen im Jahr 2012.

Mit 13 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. 13 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>17/7</b>	<b>Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel</b>
17n7 – 476	Sterblichkeit im Krankenhaus

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 14 von 1.591 Fällen vor gegenüber 10 von 1.662 Fällen im Jahr 2012.

Mit zwölf Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle zwölf Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>17/7</b>	<b>Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel</b>
17n7 – 51874	Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 4 von 885 Fällen vor. Aussagen zu Ergebnissen bezüglich des Vergleichsjahres 2012 sind nicht möglich, da dieser Indikator im Jahr 2012 noch nicht existierte.

Mit drei Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. Alle drei Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>DEK</b>	<b>Dekubitusprophylaxe</b>
DEK – 52010	Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von 148 von 1.533.360 Fällen vor. Aussagen zu Ergebnissen bezüglich des Vergleichsjahres 2012 sind nicht möglich, da die Rechenregeln 2013 neu erstellt wurden.

Mit 64 Krankenhäusern, die vom Bundes-Referenzbereich abwichen, wurde ein strukturierter Dialog durchgeführt. Dabei wurde jeder Einzelfall überprüft. 59 Krankenhäuser wurden nach Abschluss des strukturierten Dialoges als „qualitativ unauffällig“ eingestuft, zwei Krankenhäuser als „nicht bewertbar aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation“ und drei Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“.

<b>Modul-Kennzahl</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>PNEU</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
PNEU – 2019	Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)

Bei diesem Qualitätsindikator liegt für 2014 bei einem Bundes-Referenzbereich von = 0,00% ein Wert von einem von 184 Fällen vor. Im Vergleichsjahr 2012 waren es vier von 186 Fällen.

Auf Empfehlung der Bundesebene wurde der strukturierte Dialog für diesen Indikator ausgesetzt.

## 4. Datenvalidierungsverfahren der Bundesebene

### 4.1 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

In dem vom G-BA für die Datenvalidierung festgelegten indirekten Leistungsbereich „Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation“ (Modul 09/3) sind in Niedersachsen im Jahr 2015 vier von der Bundesebene zufällig ausgewählte Krankenhäuser auf korrekte Datenübermittlung für bis zu 20 Datensätze für das Erfassungsjahr 2014 überprüft worden. Beim Datenabgleich zwischen den übermittelten Datensätzen und den Patientenakten sind hauptsächlich folgende Diskrepanzen aufgefallen und den Verantwortlichen im Krankenhaus unmittelbar vor Ort mitgeteilt worden:

#### **Leistungsbereich „Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation“ (4 Krankenhäuser)**

- Die QS-Dokumentation sollte zwischen den Beteiligten entweder eng abgestimmt oder von einer Person übernommen bzw. vor dem Versand an die Projektgeschäftsstelle überprüft werden, um eine für das gesamte Krankenhaus einheitliche QS-Dokumentation zu gewährleisten.
- Datenfeld 16 (Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff)

Der Ort der letzten Schrittmacher-Operation vor diesem Eingriff sollte in der Krankenakte dokumentiert und auch so in die QS-Dokumentation übernommen werden. Fälle mit Voroperation in einer anderen als der eigenen Institution (Institution = das gesamte Krankenhaus, nicht eine einzelne Abteilung) werden aus den QI01-QI03 der Jahresauswertung zu Modul 9/3 herausgerechnet:

  - QI01: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff, Kennzahl 51987
  - QI02: Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff, Kennzahl 51988
  - QI03: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff, Kennzahl 51994
- Datenfeld 17 (Batterieerschöpfung)

Es sollte in der Krankenakte dokumentiert werden, ob eine Batterieerschöpfung vorzeitig oder regulär war.
- Datenfelder 55-58 (intraoperative Messwerte der 1. Ventrikelsonde)

Alle Messungen sollten intraoperativ erhoben werden. Eine prä- oder postoperativ durchgeführte Messung ist nicht ausreichend.

Für das Vorliegen von mehreren intraoperativen Messwerten sollte intern vereinheitlicht werden, welcher der Messwerte sowohl in die Krankenakte als auch in die QS-Dokumentation übernommen wird.

Dies betrifft ebenfalls die intraoperativen Messungen an der Vorhofsonde (Datenfelder 45-48) und der 2. Ventrikelsonde (Datenfelder 65-68), die nicht Teil der Überprüfung im Rahmen der Zweiterfassung waren.

Beim Vorliegen von intraoperativen Messwerten an beiden Ventrikeln sollte der rechtsventrikuläre Messwert für die 1. Ventrikelsonde (Datenfelder 55-58) in die QS-Dokumentation übernommen werden. Falls linksventrikuläre Messwerte vorliegen, sollten diese für die 2. Ventrikelsonde dokumentiert werden (Datenfelder 65-68).

➤ Datenfelder 70, 74, 80 und 86 (Art des Vorgehens)

Die Felder zur Art des Vorgehens bei postoperativ nicht mehr aktiven Anteilen des Systems brauchen, sofern es kein Vorgehen gab, nicht ausgefüllt zu werden. Eine „Verlegenheitslösung“ Sonstiges ist nicht auszuwählen. Umgekehrt sollte eine Angabe ausgewählt werden, wenn es sich um Stilllegung, Explantation oder sonstiges handelte.

- In Einzelfällen kam es durch einen falschen OPS zur fehlerhaften Auslösung des Moduls 9/3 anstelle von 9/6. Es ist daher empfohlen worden, in geeigneter Weise sicherzustellen, dass OP-Schlüssel korrekt im KIS dokumentiert werden, da sich die QS-Dokumentation direkt daraus ableitet.

Alle niedersächsischen Krankenhäuser wurden von der Projektgeschäftsstelle über die o.g. Erkenntnisse aus der Datenvalidierung informiert und gebeten, die Dokumentation für das Erfassungsjahr 2015 intern zu überprüfen, ggf. fehlerhafte Datensätze zu korrigieren und bis zum 29. Februar 2016 erneut an die Projektgeschäftsstelle zu übermitteln. So können die Erkenntnisse aus dem Erfassungsjahr 2014 bereits für die Dokumentation des Erfassungsjahres 2015 genutzt werden. Darüber hinaus ist mit einem Krankenhaus eine Zielvereinbarung getroffen worden, die eine interne Schulung zur Dokumentation der Messwerte vorsieht.

## 4.2 Statistische Basisprüfung

Tabelle 4: Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung)

Leistungsbereich	Modul - Kennzahl	Referenzbereich	Dokumentationsqualität: Anzahl Standorte		
			Grundgesamtheit zur Kennzahl (mit Falzhalbbeschränkung gemäß Berechnungsregel)	rechnerisch auffällig	in %
Herzschrittmacher-Implantation	09/1 - 813070	<= 7,33%	108	3	2,8%
	09/1 - 813071	<= 6,54%	80	8	10,0%
Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3 - 850337	<= 22,26%	100	1	1,0%
	09/3 - 850338	<= 7,41%	100	3	3,0%
	09/3 - 850339	<= 19,51%	100	3	3,0%
	09/3 - 850340	<= 25,95%	100	2	2,0%
	09/3 - 850341	< 100,00%	100	2	2,0%
	09/3 - 850342	<= 1	100	0	0,0%
Implantierbare Defibrillatoren: Implantation	09/4 - 850313	<= 7,30%	44	3	6,8%
	09/4 - 850314	<= 1,51%	44	0	0,0%
	09/4 - 850315	<= 3,58%	44	3	6,8%
	09/4 - 850316	<= 20,45%	44	3	6,8%
	09/4 - 850317	= 0	44	0	0,0%
Kardis-Revaskularisation	10/2 - 850331	= 0	58	0	0,0%
	10/2 - 850332	<= 4,39%	58	4	6,9%
	10/2 - 850334	<= 8,65%	54	7	13,0%
Gynäkologische Operationen	15/1 - 811823	<= 1	17	2	11,8%
	15/1 - 850312	< 100,00%	14	6	42,9%
Geburtshilfe	16/1 - 850318	= 0	79	11	13,9%
	16/1 - 850319	= 0	79	2	2,5%
	16/1 - 850320	> 0,00%	79	0	0,0%
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17/1 - 813191	< 100,00%	19	1	5,3%
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	17/2 - 813129	< 100,00%	43	0	0,0%
	17/2 - 813126	= 0	103	2	1,9%
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/3 - 850204	<= 2	30	3	10,0%
	17/3 - 850205	< 100,00%	13	0	0,0%
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	17/5 - 813130	< 100,00%	35	2	5,7%
	17/5 - 813128	= 0	113	0	0,0%
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/7 - 850326	<= 11,50%	109	1	0,9%
	17/7 - 850327	< 100,00%	60	8	13,3%
	17/7 - 850328	< 75,00%	82	0	0,0%
	17/7 - 850329	= 0	109	0	0,0%
	17/7 - 850330	<= 6,83%	109	4	3,7%
Mammachirurgie	18/1 - 813068	<= 4	30	2	6,7%

Markiert = Datenvalidierungsverfahren 2014



Die Statistische Basisprüfung mit strukturiertem Dialog zielt darauf ab, fehlerhafte, unvollständige und unvollzählige Dokumentationen in den QS-Daten zu identifizieren und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität zu initiieren. Dazu erfolgt eine Analyse nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien. Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien erfolgt durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit der Projektgruppe „Datenvalidierung“ und Experten der Bundesfachgruppen. Hierbei werden vorzugsweise Kennzahlen oder Datenfelder zu den bestehenden Qualitätsindikatoren des jeweiligen Leistungsbereichs berücksichtigt.

Im Rahmen des Erfassungsjahres 2014 sind pro Leistungsbereich ein bis sechs Qualitätsindikatoren zur Plausibilität und Vollständigkeit in den strukturierten Dialog integriert worden. Diese haben sich im Jahr ihrer Erstanwendung bewährt und werden nun kontinuierlich im Rahmen der Statistischen Basisprüfung zur Anwendung gebracht – der sogenannten Versteigerung (Tabelle 4). Dadurch wird es möglich, rechnerische Auffälligkeiten in den QS-Daten, die auf eine fehlerhafte Dokumentation hinweisen, über das Jahr der Erstanwendung hinaus zu verfolgen.

Von den mit Hilfe dieses Verfahrens geprüften niedersächsischen Krankenhäusern sind bezüglich der Dokumentationsqualität zwischen 0 und 13,9% der Krankenhäuser als rechnerisch auffällig identifiziert worden. Eine Ausnahme bildet das Modul 15/1 (Gynäkologische Operationen). Dort waren in der Kennzahl 850312 (Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer) 42,9% der niedersächsischen Krankenhäuser als rechnerisch auffällig identifiziert worden.

Diese Krankenhäuser wurden um eine Stellungnahme bezüglich der Auffälligkeit gebeten. Als Hauptgrund in den Stellungnahmen wurde das fehlende Verständnis der Krankenhäuser bezüglich der Anfragen zur Dokumentationsqualität identifiziert.

Dem AQUA-Institut wurde wiederholt mitgeteilt, dass Anfragen bezüglich der Dokumentation im Krankenhaus einfach und verständlich formuliert werden müssen. Dies war bisher nicht durchgehend der Fall. Die Formulierungen bzgl. der Dokumentationsqualität in den Anfragen an die Krankenhäuser waren oftmals sehr kompliziert. Selbst Arbeitsgruppenmitglieder haben die Anfragen zur Dokumentationsqualität erst nach längerer Diskussion in den Arbeitsgruppen richtig interpretieren können.

## 4.3 Vollzähligkeit

Tabelle 5: Vollzähligkeit der Dokumentation

Leistungsbereich	Modul	Anzahl Standorte gesamt	Unterdokumentation Anzahl Standorte	Überdokumentation Anzahl Standorte
Herzschrittmacher-Implantation	09/1	109	3	0
Herzschrittmacher - Aggregatwechsel	09/2	95	0	0
Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3	100	4	0
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	09/4	64	1	0
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5	61	0	0
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/6	57	1	0
Karotis-Revaskularisation	10/2	58	1	0
Cholezystektomie	12/1	115	1	0
Gynäkologische Operationen	15/1	110	1	1
Geburtshilfe	16/1	79	0	0
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17/1	117	1	0
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	17/2	117	1	0
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/3	114	5	0
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	17/5	112	0	0
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/7	108	1	1
Mammachirurgie	18/1	91	2	0
Koronarangiographie und PCI	21/3	92	1	1
Dekubitusprophylaxe	DEK	165	8	0
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	140	4	2
Neonatologie	NEO	64	0	0

Unterdokumentation: < 95% bei mind. 40 dokumentationspflichtigen Fällen gesamt und mind. 5 Fällen pro Modul

Überdokumentation: > 110% bei mind. 20 dokumentationspflichtigen Fällen je Modul

Der Unterausschuss „Qualitätssicherung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat auf Basis von § 9 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 135 a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL) für das Datenvalidierungsverfahren 2014 die Fortführung der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit festgelegt.

Die Datenbasis hierfür bilden die Angaben der Sollstatistik (SOLL), die durch den QS-Filter generiert und einmal jährlich von den Krankenhäusern an die Landesgeschäftsstellen übermittelt werden, und alle Datensätze, die ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich geliefert hat (IST).

Für jedes Modul und für jedes Krankenhaus wird auf Basis dieses Soll-Ist-Abgleichs die Dokumentationsrate überprüft. Hierbei wird sowohl eine Unter- (< 95%) als auch eine Überdokumentation (> 110%) betrachtet. Das AQUA-Institut hat dazu im Internet detaillierte Rechenregeln veröffentlicht.

Insgesamt wurden 40 rechnerische Auffälligkeiten aus 23 Krankenhäusern festgestellt.

### **Kriterium zur Unterdokumentation:**

Für Krankenhäuser mit rechnerischen Auffälligkeiten beim Kriterium zur Unterdokumentation wurde ein strukturierter Dialog mit Aufforderung zur Abgabe einer Stellungnahme eingeleitet. Im Rahmen des strukturierten Dialoges sollten die Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten geklärt werden.

19 Krankenhäuser erhielten zu 35 rechnerischen Auffälligkeiten eine Aufforderung zur Stellungnahme. Als häufigste Ursachen für die Unterdokumentation wurden genannt:

- Softwareprobleme / -wechsel,
- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität,
- Fehlerhafte Dokumentation.

**Kriterium zur Überdokumentation:**

Vier Krankenhäuser mit fünf rechnerischen Auffälligkeiten beim Kriterium zur Überdokumentation haben für das Erfassungsjahr 2014 eine Aufforderung zur Stellungnahme erhalten. Als Gründe für die Überdokumentationen wurden hauptsächlich Softwareprobleme bzw. -wechsel und fehlerhafte Dokumentationen genannt.

#### 4.4 Anlage von Minimaldatensätzen (MDS)

Tabelle 6: Minimaldatensätze

Leistungsbereich	Modul	Anzahl Krankenhäuser gesamt	Anzahl Minimal- datensätze	Gründe
Herzschrittmacher- Implantation	09/1	1	1	Abbruch der Operation
Herzschrittmacher -Explantation/ -Revision/ -Systemwechsel	09/3	3	7	Drei Fälle wurden falsch dokumentiert, es gab einen Sonderfall und in drei Fällen war die Dokumentation eines MDS richtig.
Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	09/4	1	2	Sonderfälle
Karotis- Revaskularisation	10/2	1	1	Sonderfälle
Mammachirurgie	18/1	2	2	Fälle wurden falsch dokumentiert.
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	3	36	Ein Großteil der Fälle wurde falsch dokumentiert, da der ICD10-Code U69.- als Abgrenzungskriterium der ambulant erworbenen Pneumonie für die Qualitätssicherung im Krankenhaus nicht bekannt war.

Für das Erfassungsjahr 2014 wurde überprüft, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich (außer Neonatologie und orthopädisch-unfallchirurgische Module) mehr als 5% Minimaldatensätze (MDS) übermittelt hat. Diese Prüfung wurde eingeführt, weil Minimaldatensätze nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden können und daher nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen sollten.

## 5. Landesspezifika

Folgende landesspezifische Qualitätsindikatoren wurden zusätzlich zu den bundeseinheitlichen Qualitätsindikatoren ausgewertet und darüber ein strukturierter Dialog geführt, weil die zuständige Arbeitsgruppe sie in der täglichen Praxis als medizinisch relevant erachtet:

### Modul 17/1 (Hüftgelenknahe Femurfraktur):

- QI01a: „Präoperative Verweildauer nach Aufnahme am Freitag“
- QI12: „Letalität“

### Modul 17/2 (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation):

- QI01a: „Indikation (Röntgen)“
- QI01b: „Indikation (Schmerz, Beweglichkeit)“
- QI01c: „Indikation (Röntgen, Schmerz, Beweglichkeit)“

### Modul 17/3 (Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel):

- QI12: „ASA 5 bei elektiven Eingriffen“

### Modul 21/3 (Koronarangiographie und PCI):

- QI08: „PCI trotz klinischer und/oder nicht invasiver Ischämiezeichen“

Die Bewertung der landesspezifischen Qualitätsindikatoren wurde wie folgt vorgenommen:

Modul	Qualitätsindikator	Anzahl angeforderter Stellungnahmen	Kollegiale Gespräche	Bewertung durch die zuständige Arbeitsgruppe
17/1	Präoperative Verweildauer nach Aufnahme am Freitag	16 (Hinweise)	0	-
	Letalität	3	0	1 KH „qualitativ unauffällig“ 2 KH S90 „geschlossen“
17/2	Indikation (Röntgen)	0	0	-
	Indikation (Schmerz, Beweglichkeit)	0	0	-
	Indikation (Röntgen, Schmerz, Beweglichkeit)	0	0	-
17/3	ASA 5 bei elektiven Eingriffen	2	0	2 KH „qualitativ unauffällig“
21/3	PCI trotz klinischer und/oder nicht invasiver Ischämiezeichen	1	0	1 KH „qualitativ auffällig“

## Übersichtlichere Darstellung der Bewertung im strukturierten Dialog

Zur übersichtlicheren Darstellung der Bewertung der Ergebnisse im strukturierten Dialog wird in Niedersachsen auf Beschluss des Lenkungsgremiums eine Konzentration auf drei Kategorien in Form einer Ampeldarstellung (rot (auffällig) – gelb (Hinweise) – grün (unauffällig)) vorgenommen. Unter der Kategorie „rot“ subsummieren sich in Niedersachsen die auf Bundesebene verwendeten Kategorien „A“ = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig“ und „D“ = Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“.

Nachfolgend ist die Bewertung des strukturierten Dialogs für das Erfassungsjahr 2014 in Niedersachsen in den drei Kategorien zusammengefasst wiedergegeben:

### Strukturierter Dialog 2014 in Niedersachsen – Zusammenfassung

zuständige Arbeitsgruppe	Leistungsbereich (Modul)	teilnehmende Krankenhäuser	Gesamtzahl der im strukturierten Dialog betrachteten Einzelergebnisse in Niedersachsen	Bewertung: Status rot (auffällig)	Bewertung: Status gelb (Hinweise)	Bewertung: Status grün (unauffällig)	Bewertung der Stellungnahme als "Sonstiges" siehe Kommentar	Bewertung der Stellungnahme noch nicht abgeschlossen
Kardiologie	Herzschrittmacher-Implantation (Modul 9/1)	108	944	27	6	911	0	0
			100,00%	2,86%	0,64%	96,50%	0,00%	0,00%
	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (Modul 9/2)	96	813	1	39	773	0	0
			100,00%	0,12%	4,80%	95,08%	0,00%	0,00%
	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (Modul 9/3)	100	597	3	0	594	0	0
			100,00%	0,50%	0,00%	99,50%	0,00%	0,00%
	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (Modul 9/4)	64	713	18	5	690	0	0
			100,00%	2,52%	0,70%	96,77%	0,00%	0,00%
Chirurgie	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (Modul 9/5)	61	244	0	9	235	0	0
			100,00%	0,00%	3,69%	96,31%	0,00%	0,00%
	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (Modul 9/6)	56	332	3	0	329	0	0
			100,00%	0,90%	0,00%	99,10%	0,00%	0,00%
	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (Modul 21/3)	91	1.084	24	0	1.060	0	0
			100,00%	2,21%	0,00%	97,79%	0,00%	0,00%
	Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)	58	486	2	0	484	0	0
			100,00%	0,41%	0,00%	99,59%	0,00%	0,00%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Cholezystektomie (Modul 12/1)	115	904	1	0	903	0	0
			100,00%	0,11%	0,00%	99,89%	0,00%	0,00%
	Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)	110	751	5	24	722	0	0
			100,00%	0,67%	3,20%	96,14%	0,00%	0,00%
	Geburtshilfe (Modul 16/1)	81	882	12	8	862	0	0
Orthopädie und Unfallchirurgie			100,00%	1,36%	0,91%	97,73%	0,00%	0,00%
	Neonatalogie (Modul NEO)	38	372	4	0	368	0	0
			100,00%	1,08%	0,00%	98,92%	0,00%	0,00%
	Mammachirurgie (Modul 18/1)	89	885	13	13	859	0	0
			100,00%	1,47%	1,47%	97,06%	0,00%	0,00%
Dekubitusprophylaxe	Hüftgelenknahe Femurfraktur (Modul 17/1)	117	1.964	7	70	1.887	0	0
			100,00%	0,36%	3,56%	96,08%	0,00%	0,00%
	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/2)	116	1.653	30	22	1.601	0	0
			100,00%	1,81%	1,33%	96,85%	0,00%	0,00%
	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (Modul 17/3)	115	1.422	9	46	1.367	0	0
Pneumonie			100,00%	0,63%	3,23%	96,13%	0,00%	0,00%
	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (Modul 17/5)	113	1.504	14	26	1.464	0	0
			100,00%	0,93%	1,73%	97,34%	0,00%	0,00%
	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (Modul 17/7)	109	1.548	15	16	1.517	0	0
			100,00%	0,97%	1,03%	98,00%	0,00%	0,00%
Gesamt %	Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)	187	374	10	0	364	0	0
			100,00%	2,67%	0,00%	97,33%	0,00%	0,00%
Pneumonie	Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)	138	1.668	82	167	1.419	0	0
			100,00%	4,92%	10,01%	85,07%	0,00%	0,00%
			19.140	280	451	18.409	0	0
			100,00%	1,46%	2,36%	96,18%	0,00%	0,00%

Kommentar zu Bewertung "Sonstiges":  
KH/Abteilung geschlossen