



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

**Koronarchirurgie und Eingriffe an
Herzklappen:
Koronarchirurgie und Eingriffe an
Herzklappen**

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 30. Juni 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Ergebnisübersicht | 4 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021 | 4 |
| Einleitung | 5 |
| Detaillergebnisse der Auffälligkeitskriterien | 6 |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit | 6 |
| 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | 6 |
| 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | 8 |
| 850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | 10 |

Ergebnisübersicht

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen gibt es Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

| Auffälligkeitskriterien | | | Bund (gesamt) | |
|---|--|-----------------|--------------------------|----------------------------------|
| ID | Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums | Referenzbereich | Ergebnis | rechnerisch auffällige Standorte |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit | | | | |
| 850253 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | ≥ 100,00 % | 99,79 % 74.738/74.894 | 5,94 % 13/219 |
| 850254 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | ≤ 110,00 % | 99,79 % 74.738/74.894 | 0,46 % 1/219 |
| 850281 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | ≤ 5,00 % | 0,03 % 25/74.894 | 0,00 % 0/219 |

Einleitung

Für das QS-Verfahren QS-KCHK werden die QS-Dokumentationsdaten jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt.

Für das QS-Verfahren KCHK gilt in Bezug auf die Auffälligkeitskriterien die Besonderheit, dass für dieses QS-Verfahren zusätzliche Auffälligkeitskriterien definiert wurden, die sich auf das gesamte Erfassungsmodul HCH (Auswertungsmodule KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH, KCHK-HK-CHIR, KCHK-HK-KATH) beziehen. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen (siehe auch: Übersicht über die Ergebnisse der AK). Ergebnisse von Auffälligkeitskriterien, die sich ausschließlich auf einzelne Auswertungsmodule beziehen, z.B. offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR) o.ä. werden in den entsprechenden Rückmeldeberichten für die jeweiligen Auswertungsmodule zusammen mit den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren ausgegeben.

Daher werden in dieser Bundesauswertung die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien berichtet die über das gemeinsame Erfassungsmodul HCH für sämtliche Auswertungsmodule des QS-Verfahrens Daten übermittelt haben.

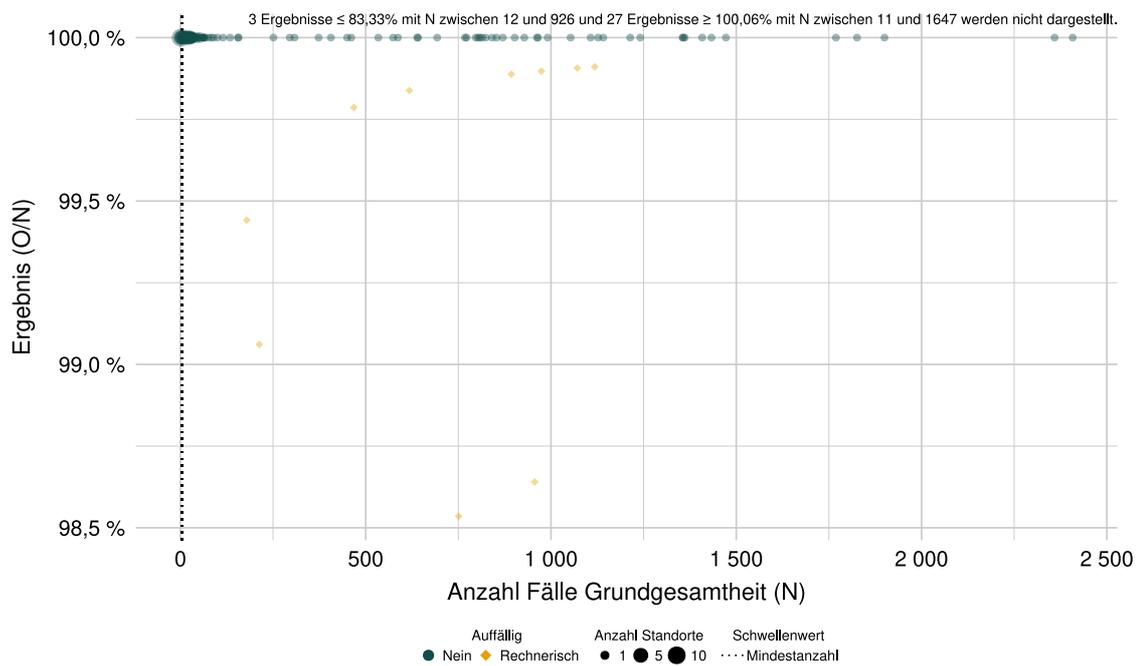
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

| | |
|----------------------------|--|
| ID | 850253 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahren ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p> |
| Grundgesamtheit | Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul |
| Zähler | Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul |
| Referenzbereich | ≥ 100,00 % |
| Mindestanzahl Nenner | 5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.) |
| Mindestanzahl Zähler | |
| Datenquellen | QS-Daten, Sollstatistik |

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



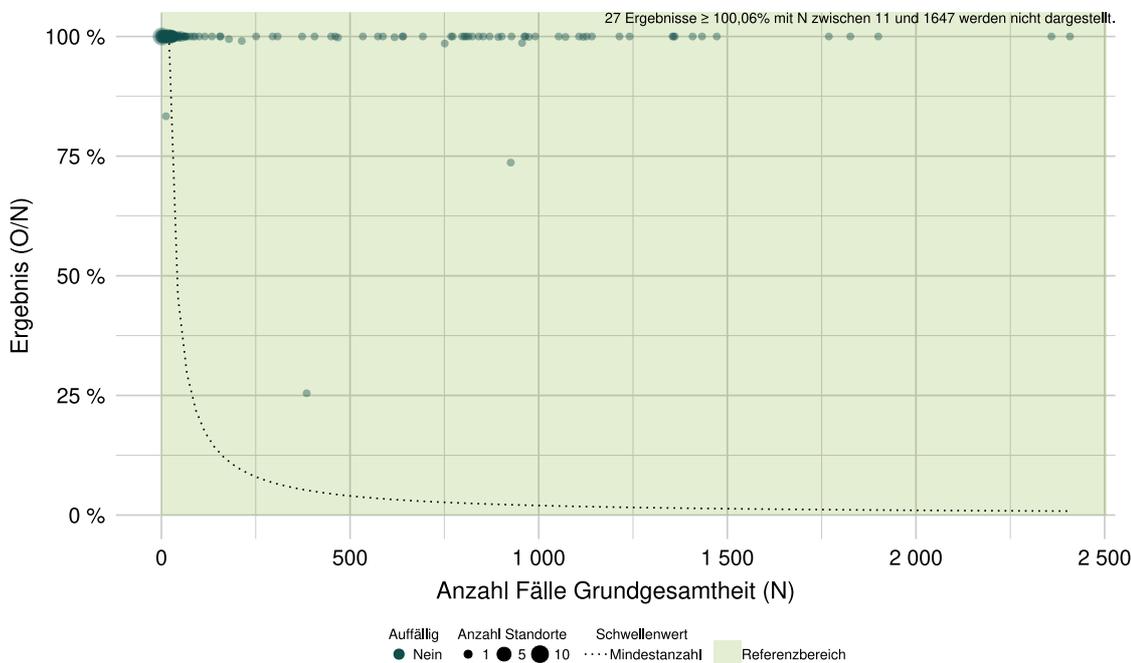
Detailergebnisse

| EJ 2021 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | rechnerisch auffällig |
|---------|-----------------|------------|-----------------------|
| Bund | 74.738 / 74.894 | 99,79 % | 5,94 % 13/219 |

850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

| | |
|----------------------------|--|
| ID | 850254 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p> |
| Grundgesamtheit | Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul |
| Zähler | Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul |
| Referenzbereich | ≤ 110,00 % |
| Mindestanzahl Nenner | |
| Mindestanzahl Zähler | 20 |
| Datenquellen | QS-Daten, Sollstatistik |

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



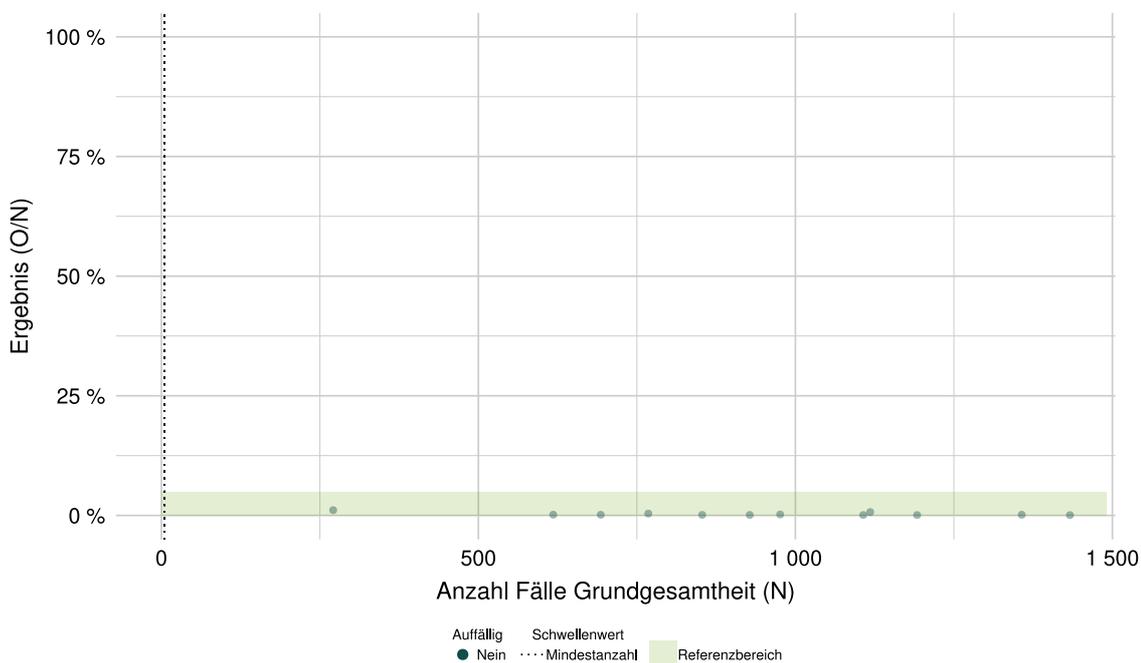
Detailergebnisse

| EJ 2021 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | rechnerisch auffällig |
|---------|-----------------|------------|-----------------------|
| Bund | 74.738 / 74.894 | 99,79 % | 0,46 % 1/219 |

850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

| | |
|----------------------------|---|
| ID | 850281 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p> |
| Grundgesamtheit | Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul |
| Zähler | Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul |
| Referenzbereich | ≤ 5,00 % |
| Mindestanzahl Nenner | 5 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik in dem jeweiligen Modul mindestens 5 Fälle behandelt haben.) |
| Mindestanzahl Zähler | |
| Datenquellen | QS-Daten, Sollstatistik |

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

| EJ 2021 | Ergebnis O/N | Ergebnis % | rechnerisch auffällig |
|---------|--------------|------------|-----------------------|
| Bund | 25 / 74.894 | 0,03 % | 0,00 % 0/219 |