Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Herzschrittmacher-Implantation

Erfassungsjahr 2019

Stand: 29.04.2020



Impressum

**Thema:**

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Herzschrittmacher-Implantation. Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019

**Auftraggeber:**Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**29.04.2020

**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 26-999

[verfahrenssupport@iqtig.org](mailto:verfahrenssupport@iqtig.org)  
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

[813070: Häufig führendes Symptom 'sonstiges' 4](#_Toc38892180)

[813071: Häufig führende Indikation 'sonstiges' 6](#_Toc38892181)

[851901: Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt 8](#_Toc38892182)

[813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten 10](#_Toc38892183)

[850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 13](#_Toc38892184)

[850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 15](#_Toc38892185)

[Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 17](#_Toc38892186)

[Anhang II: Listen 19](#_Toc38892187)

[Anhang III: Vorberechnungen 20](#_Toc38892188)

[Anhang IV: Funktionen 21](#_Toc38892189)

[Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien 22](#_Toc38892190)

813070: Häufig führendes Symptom 'sonstiges'

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 17:B | führendes Symptom | M | 0 = keines (asymptomatisch)  1 = Präsynkope/​Schwindel  2 = Synkope einmalig  3 = Synkope rezidivierend  4 = synkopenbedingte Verletzung  5 = Herzinsuffizienz  8 = Symptome einer Vorhofpfropfung: spontan oder infolge Schrittmachersyndrom  9 = asymptomatisch unter externer Stimulation  99 = sonstiges | FUEHRSYMPTOM |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 813070 |
| Jahr der Erstanwendung | 2008 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Das führende Symptom ist ein Datenfeld, das zur Berechnung des Qualitätsindikators der leitlinienkonformen Indikationsstellung von zentraler Bedeutung ist. Wird in vielen Fällen ein sonstiges Symptom dokumentiert, ist eine korrekte Berechnung dieses Indikators deshalb nicht mehr möglich.  **Hypothese**  Der Schlüsseleintrag „sonstige“ wird zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt. |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 101803: Leitlinienkonforme Indikation  54140: Leitlinienkonforme Systemwahl |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 2,97 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 3,82 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Patientinnen und Patienten mit führendem Symptom 'sonstiges'  **Nenner**  **Alle Patientinnen und Patienten** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | 09/1:B |
| Mindestanzahl Zähler | 2 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | FUEHRSYMPTOM %==% 99 |
| Nenner (Formel) | TRUE |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

813071: Häufig führende Indikation 'sonstiges'

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 19:B | führende Indikation zur Schrittmacherimplantation | M | 1 = AV-Block I, II oder III  5 = Schenkelblock  6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/​persistierendem Vorhofflimmern)  7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern  8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)  9 = Vasovagales Syndrom (VVS)  10 = kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)  99 = sonstiges | FUEHRINDIKHSM |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 813071 |
| Jahr der Erstanwendung | 2008 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Die führende Indikation ist ein Datenfeld, das zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der leitlinienkonformen Indikationsstellung und der leitlinienkonformen Systemwahl von zentraler Bedeutung ist. Da die Leitlinienalgorithmen nur für eine der anderen im Schlüssel enthalten Indikationen berechnet werden können, fallen Patientinnen und Patienten mit der Grundgesamtheit „sonstige Indikation“ aus diesen Indikatoren heraus.  **Hypothese**  Durch die Dokumentation „sonstige Indikation“ entzieht sich der Anwender der Qualitätsbeurteilung. |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 101803: Leitlinienkonforme Indikation  54140: Leitlinienkonforme Systemwahl  54143: Systeme 3.Wahl |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 3,14 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 3,53 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Patientinnen und Patienten mit führender Indikation 'sonstiges' zur Schrittmacherimplantation  **Nenner**  **Alle Patientinnen und Patienten** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | 09/1:B |
| Mindestanzahl Zähler | 2 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | FUEHRINDIKHSM %==% 99 |
| Nenner (Formel) | TRUE |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

851901: Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 38:B | Operation | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |
| 41.3:B | keine Durchleuchtung durchgeführt | K | 1 = ja | KEINEDL |
| 42:B | System | M | 1 = VVI  2 = AAI  3 = DDD  4 = VDD  5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde  6 = CRT-System ohne Vorhofsonde  7 = Leadless Pacemaker/​intrakardialer Pulsgenerator (VVI)  9 = sonstiges | ASMSYSTEMPO |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 851901 |
| Jahr der Erstanwendung | 2019 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Eine Durchleuchtung ist i. d. R. bei einer Herzschrittmacher-Implantation notwendig.  **Hypothese**  Systematische Fehldokumentation: Angabe „keine Durchleuchtung durchgeführt = ja“ führt zum Ausschluss aus der Grundgesamtheit des QI „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt“ (ID 101800). |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 101800: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 2,00 % |
| Referenzbereich 2018 | AK im Vorjahr nicht berechnet |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | Im Rahmen des Strukturierten Dialogs ist zu prüfen, ob eine fehlerhafte Dokumentation vorliegt oder ob eine Durchleuchtung während der Operation z.B. durch ein Echokardiogramm ersetzt wurde |
| Rechenregeln | **Zähler**  Patientinnen und Patienten, bei denen keine Durchleuchtung durchgeführt wurde  **Nenner**  **Alle Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacema-ker) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | 09/1:B |
| Mindestanzahl Zähler | 2 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | KEINEDL %==% 1 |
| Nenner (Formel) | ASMSYSTEMPO %in% c(1,2,3,4,5,6,7) &  !OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_SystemumstellungDEFIzuSM |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | OPS\_SystemumstellungDEFIzuSM |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | AK im Vorjahr nicht berechnet |

813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4:B | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | K | 1 = ja | VERSICHERTENIDNEUNV |
| EF\* | GKV-Versichertenstatus | - | versichertenstatusgkv(PERSONENKREIS;KASSEIKNR) | versichertenstatusgkv |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | MDS\_ZUQSMODUL |
| MDS: EF\* | GKV-Versichertenstatus | - | vstatusgkvmds(PERSONENKREIS;KASSEIKNR;ZUQSMODUL) | MDS\_vstatusgkvmds |

\* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 813072 |
| Jahr der Erstanwendung | 2016 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus.  **Hypothese**  Unterdokumentation |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen  2191: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren  2194: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres  2195: Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≥ 95,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≥ 95,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichtertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichtertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS\_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | 09/1:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 20 |
| Zähler (Formel) | # 09/1:B:    versichertenstatusgkv %==% 1 & is.na(VERSICHERTENIDNEUNV) &    # MDS:B:    MDS\_ZUQSMODUL %==% "09/1" & MDS\_vstatusgkvmds %==% 1 |
| Nenner (Formel) | # methodische Sollstatistik: DS\_GKV |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850098 |
| Jahr der Erstanwendung | 2010 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.  **Hypothese**  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation. |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 110,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) für das jeweilige Modul** |
| Erläuterung der Rechenregel | Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Überdokumentation pro Modul zu ermitteln. |
| Mindestanzahl Zähler | 20 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850217 |
| Jahr der Erstanwendung | 2011 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.  **Hypothese**  Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern. Zudem ist zu vermuten, dass durch die Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt. |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 5,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 5,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) für das jeweilige Modul** |
| Erläuterung der Rechenregel | Die Anzahl der Minimaldatensätze pro Modul wird zur Anzahl der Fälle, die im betreffenden Modul hätten dokumentiert werden müssen, in Relation gesetzt, um die Rate der Minimaldatensätze zu ermitteln. |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 (Die Klinik muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.) |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

| Schlüssel: Modul | |
| --- | --- |
| 01/1 | Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom |
| 01/2 | Dekompression bei Sulcus-ulnaris-Syndrom |
| 03/1 | Kataraktoperation |
| 05/1 | Nasenscheidewandkorrektur |
| 07/1 | Tonsillektomie |
| 09/1 | Herzschrittmacher-Implantation |
| 09/2 | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
| 09/3 | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| 09/4 | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
| 09/5 | Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel |
| 09/6 | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| 10/1 | Varizenchirurgie |
| 10/2 | Karotis-Rekonstruktion |
| 12/1 | Cholezystektomie |
| 12/2 | Appendektomie |
| 12/3 | Leistenhernie |
| 14/1 | Prostataresektion |
| 15/1 | Gynäkologische Operationen |
| 16/1 | Geburtshilfe |
| 17/1 | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
| 17/6 | Knie-Schlittenprothesen-Erstimplantation |
| 18/1 | Mammachirurgie |
| CHE | Cholezystektomie |
| CHE\_HE | Cholezystektomie (nur Hessen) |
| DEK | Dekubitusprophylaxe |
| HCH | Herzchirurgie |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung |
| HTXM | Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung |
| LLS | Leberlebendspende |
| LTX | Lebertransplantation |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungentransplantation |
| MRE\_HE | Multiresistente Erreger (nur Hessen) |
| NEO | Neonatologie |
| NLS | Nierenlebendspende |
| NNH | Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe |
| PCI | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie |
| PNTX | Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation |
| SA\_FRUEHREHA\_HE | Schlaganfall-Frührehabilitation (nur Hessen) |

Anhang II: Listen

| Listenname | Typ | Beschreibung | Werte |
| --- | --- | --- | --- |
| OPS\_SystemumstellungDEFIzuSM | OPS | Systemumstellung von Defibrillator auf Herzschrittmacher | 5­378.ca%, 5­378.cb%, 5­378.cc%, 5­378.cd% |

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Ab dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt die Zuordnung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassdatum. Aufgrund dieser Umstellung der Auswertungssystematik ist für das EJ 2019 eine Übergangsregelung notwendig, um die doppelte Berücksichtigung von Patientinnen und Patienten, die bereits im EJ 2018 ausgewertet wurden, zu vermeiden. Die Auswertung zum EJ 2019 berücksichtigt deshalb nur Patientinnen und Patienten, die in 2019 aufgenommen und in 2019 entlassen wurden (d. h. Überliegerfälle sind nicht enthalten).  
  
Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die fehlende Berücksichtigung der Überliegerfälle die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit der Auffälligkeitskriterien relevant beeinflusst, sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien des EJ 2019 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen. Ausgenommen sind hierbei jedoch die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation sowie zum Minimaldatensatz (MDS). Liegen bei einem Auffälligkeitskriterium weitere Gründe für die Einschränkung der Vergleichbarkeit vor, sind diese in der Spalte „Erläuterung“ erwähnt.

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2019

| Auffälligkeitskriterium | | Anpassung im Vergleich zum Vorjahr | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID | AK-Bezeichnung | Referenzbereich | Rechenregel | Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Erläuterung |
| 813070 | Häufig führendes Symptom 'sonstiges' | Nein | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | - |
| 813071 | Häufig führende Indikation 'sonstiges' | Nein | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | - |
| 851901  (NEU) | Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt | - | - | Im Vorjahr nicht berechnet | - |
| 813072 | Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850098 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850217 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |

2018 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

| ID | AK-Bezeichnung | Begründung für Streichung |
| --- | --- | --- |
| 850097 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | Aufgrund der 100%-Dokumentationspflicht (§ 137 Abs. 2 SGB V) erfolgt bereits eine Sanktionierung gem. § 24 QSKH-RL. Eine Weiterführung des AK mit einem Referenzbereich von ≥ 95% ist daher nicht sinnvoll. |