

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

**Geschäftsbericht der
Geschäftsstelle der LAG Sachsen-Anhalt
des Auswertungsjahres 2023**

Stand 21.05.2024

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Verfahren gemäß DeQS-RL	6
2.1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI).....	6
2.1.1	Datengrundlage	6
2.1.2	Ergebnisse.....	7
2.1.3	Aktivitäten der Fachkommission	10
2.1.4	Empfehlungen der Fachkommission	10
2.2	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (QS WI)	11
2.2.1	Datengrundlage	11
2.2.2	Ergebnisse.....	15
2.2.3	Aktivitäten der Fachkommission	18
2.2.4	Empfehlungen der Fachkommission	18
2.3	Cholezystektomie (QS CHE)	19
2.3.1	Datengrundlage	19
2.3.2	Ergebnisse.....	20
2.3.3	Aktivitäten der Fachkommission	21
2.3.4	Empfehlungen der Fachkommission	21
2.4	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).....	22
2.4.1	Leistungsbereich Dialyse (NET-DIAL)	22
2.4.1.1	Datengrundlage	22
2.4.1.2	Ergebnisse.....	24
2.4.2	Aktivitäten der Fachkommission	28
2.4.3	Empfehlungen der Fachkommission	28
2.5	Karotis-Revaskularisation (QS-KAROTIS).....	29
2.5.1	Datengrundlage	29
2.5.2	Ergebnisse.....	29
2.5.3	Aktivitäten der Fachkommission	32
2.5.4	Empfehlungen der Fachkommission	32
2.6	Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	33
2.6.1	Datengrundlage	33
2.6.2	Ergebnisse.....	35
2.6.3	Aktivitäten der Fachkommission	38
2.6.4	Empfehlungen der Fachkommission	38
2.7	Mammachirurgie (QS MC)	39

2.7.1	Datengrundlage	39
2.7.2	Ergebnisse.....	40
2.7.3	Aktivitäten der Fachkommission	43
2.7.4	Empfehlungen der Fachkommission	43
2.8	Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP).....	44
2.8.1	Datengrundlage	44
2.8.2	Ergebnisse.....	45
2.8.3	Aktivitäten der Fachkommission	47
2.8.4	Empfehlungen der Fachkommission	47
2.9	Perinatalmedizin (QS PM).....	48
2.9.1	Leistungsbereich Geburtshilfe (PM-GEBH).....	48
2.9.1.1	Datengrundlage	48
2.9.1.2	Ergebnisse.....	49
2.9.2	Leistungsbereich Neonatologie (PM-NEO).....	51
2.9.2.1	Datengrundlage	51
2.9.2.2	Ergebnisse.....	52
2.9.3	Aktivitäten der Fachkommission	55
2.9.4	Empfehlungen der Fachkommission	55
2.10	Dekubitusprophylaxe (QS DEK).....	56
2.10.1	Datengrundlage	56
2.10.2	Ergebnisse.....	58
2.10.3	Aktivitäten der Fachkommission	60
2.10.4	Empfehlungen der Fachkommission	60
2.11	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	61
2.11.1	Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)	61
2.11.1.1	Datengrundlage	61
2.11.1.2	Ergebnisse.....	63
2.11.2	Leistungsbereich Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSMDEF-HSM-AGGW).....	65
2.11.2.1	Datengrundlage	65
2.11.2.2	Ergebnisse.....	66
2.11.3	Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV).....	67
2.11.3.1	Datengrundlage	67
2.11.3.2	Ergebnisse.....	68
2.11.4	Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)	69
2.11.4.1	Datengrundlage	69
2.11.4.2	Ergebnisse.....	70
2.11.5	Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (HSMDEF-DEFI-AGGW)	

2.11.5.1	Datengrundlage	72
2.11.5.2	Ergebnisse.....	73
2.11.6	Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-DEFI-REV).....	74
2.11.6.1	Datengrundlage	74
2.11.6.2	Ergebnisse.....	75
2.11.7	Aktivitäten der Fachkommission	76
2.11.8	Empfehlungen der Fachkommission	76
2.12	Hüftgelenkversorgung (QS HGV).....	77
2.12.1	Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) 77	
2.12.1.1	Datengrundlage	77
2.12.1.2	Ergebnisse.....	78
2.12.2	Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)	80
2.12.2.1	Datengrundlage	80
2.12.3	Ergebnisse.....	82
2.12.4	Aktivitäten der Fachkommission	86
2.12.5	Empfehlungen der Fachkommission	86
2.13	Knieendoprothesenversorgung (QS KEP).....	87
2.13.1	Datengrundlage	87
2.13.2	Ergebnisse.....	89
2.13.3	Aktivitäten der Fachkommission	92
2.13.4	Empfehlungen der Fachkommission	92
3	Weitere Tätigkeiten der Geschäftsstelle.....	93

1 Einleitung

Mit dem Abschluss des Vertrages zur Umsetzung der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19.07.2018 im Land Sachsen-Anhalt wurde die Grundlage zur Umsetzung der DeQS-RL geschaffen. Die mit der administrativen Betreuung und organisatorisch-fachlichen Umsetzung beauftragte Geschäftsstelle nahm nach geschlossener „Vereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb der Landesgeschäftsstelle zur Umsetzung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung gemäß DeQS-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses“ zum 01.06.2019 ihre Tätigkeit mit Sitz an der Ärztekammer Sachsen-Anhalt auf. Die Geschäftsstelle ist gem. § 5 Abs. 4 der DeQS-RL i. V. m. § 7 des Vertrages auf Landesebene unabhängig und neutral. Die Homepage der LAG Sachsen-Anhalt ist unter <https://www.eqs-sachsen-anhalt.de/> zu finden.

Die Umsetzung der anstehenden Arbeitsaufgaben gem. DeQS-RL erfolgte mit 4 VK Sachbearbeiter und 2/3 VK Arzt.

In 2023 waren gem. „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) 13 Leistungsbereiche auf Landesebene dokumentationspflichtig.

Nachfolgend aufgeführte Auswertungen der jeweiligen Leistungsbereiche weisen für Fallzahlen mit weniger als 4 Fällen die Angabe $N \leq 3$ auf, um Rückschlüsse auf Leistungserbringende oder Patienten zu verhindern.

Im nachfolgenden Bericht wurde bei der Darstellung der Ergebnisse bereits das neu vom IQTIG eingeführte Ordnungskriterium „Auswertungsjahr“ (AJ) angewendet. Das Auswertungsjahr ist als das Jahr definiert, in dem eine Jahresauswertung erzeugt und an die Leistungserbringer übermittelt wird. Es dient hierbei als allgemeine „Klammer“, um Dokumente und Daten aus verschiedenen Datenquellen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfasst und/oder übermittelt werden und gleichzeitig in eine Auswertung überführt werden einheitlich bezeichnen und einordnen zu können. Somit wird im Folgenden einheitlich für alle Leistungsbereiche über das Auswertungsjahr 2023 berichtet.

Gemäß § 22 Abs. 3 DeQS-RL sind durch die LAG sowohl der Haushalt als auch ein jährlicher Geschäftsbericht bis zum 30.06. des Folgejahres an den G-BA zu übermitteln und zu veröffentlichen. Als Geschäftsbericht wird der in der hier vorliegenden Form dem Tätigkeitsbericht gemäß § 8 c Abs. 2 der Geschäftsordnung der LAG entsprechende Bericht weitergeleitet.

2 Verfahren gemäß DeQS-RL

2.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

2.1.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	746	756	101,34
01-02	5	5	100,00
02-01	1023	1023	100,00
04-00	633	636	100,47
06-01	833	833	100,00
08-01	935	935	100,00
08-02	1	1	100,00
08-03	11	11	100,00
09-01	1	1	100,00
09-02	518	518	100,00
11-00	808	815	100,87
12-00	872	873	100,11
13-01	1255	1255	100,00
13-02	1	1	100,00
14-00	877	882	100,57
17-01	1235	1239	100,32
21-00	992	992	100,00
22-00	1715	1718	100,17
23-01	1418	1432	100,99
24-01	840	928	110,48
27-00	578	578	100,00
28-01	844	846	100,24
28-02	10	10	100,00
29-00	693	695	100,29
30-01	1436	1445	100,63
30-02	21	21	100,00
35-01	3	3	100,00
35-02	1002	1003	100,10
39-01	1777	1784	100,39
42-00	1075	1078	100,28
KV001	0	134	-
Gesamt:	22.981	23.276	101,28

2.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	73,01 %	77,43 %	64,25 %	≥ 40,97 %
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund	30,70 %	25,67 %	27,91 %	≤ 41,48 %
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	74,11 %	72,95 %	76,37 %	≥ 67,57 %
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	4,38 %	3,75 %	2,71 %	≤ 5,98 %
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800cGy x cm ²	0,83	0,78	0,89	≤ 1,65
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	0,75	0,91	0,94	≤ 1,14
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	0,94	0,89	0,90	≤ 1,50
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	0,25 %	0,23 %	0,21 %	≤ 0,15 %
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	3,48 %	3,54 %	4,41 %	≤ 6,86 %
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	15,29 %	12,28 %	17,16 %	≤ 21,93 %
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	10,65 %	8,20 %	9,88 %	≤ 16,84 %
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	91,40 %	92,86 %	94,29 %	≥ 93,65 %
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	94,34 %	94,50 %	95,31 %	≥ 93,95 %
852104	Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie	1,28 %	1,39 %	1,48 %	≤ 4,17 %
852105	Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“	0,40 %	0,14 %	0,58 %	≤ 2,01 %
852106	Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“	0,83 %	0,93 %	0,69 %	≤ 2,73 %
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	101,28 %	100,91 %	≥ 95,00 %
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	101,28 %	100,91 %	≤ 110,00 %

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	-	0,03 %	0,05 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren und zugeordneter Indexeingriffe aus dem Auswertungsjahr 2022 dar. Durch die Zusammenführung mit den Sozialdaten, die den jeweiligen Nachbeobachtungszeitraum widerspiegeln, liegen die Ergebnisse zu diesen Qualitätsindikatoren systembedingt stets mit einer zeitlichen Verzögerung von 2 Jahren vor.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	0,48 %	0,48 %	0,48 %	≤ 0,58 %
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	1,05	0,98	1,07	≤ 1,10
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	1,02	1,03	0,96	≤ 1,09
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	1,10	1,32	1,16	≤ 1,09
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	1,30	1,26	1,06	≤ 1,28
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	1,12	1,02	1,03	≤ 1,07

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 17 stationärer und 1 ambulanter Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	56001	23	11	47,83 %	≥ 67,57 %	ST	U62
04-00	56004	8	3	37,50 %	≤ 5,98 %	ST	U62
04-00	56007	218	75	1,93 %	≤ 1,50 %	ST	U99
04-00	56008	653	4	0,61 %	≤ 0,15 %	ST	U63
06-01	852104	833	36	4,32 %	≤ 4,17 %	ST	U62
08-01	56016	247	222	89,88 %	≥ 93,95 %	ST	U62
11-00	56001	346	164	47,40 %	≤ 41,48	ST	U63
13-01	56008	1254	5	0,40 %	≤ 0,15 %	ST	U63
13-01	56020 ¹	1330	16	1,20 %	≤ 0,58 %	ST	U62
14-00	56004	11	5	45,45 %	≤ 5,98 %	ST	U63
14-00	56014	26	21	80,77 %	≥ 93,65 %	ST	U62
14-00	56020 ¹	221	14	2,23 %	≤ 0,58 %	ST	U62
14-00	56022 ¹	26	16	5,75 %	≤ 1,28 %	ST	U62
17-01	852106	1277	92	7,20 %	≤ 2,73 %	ST	U63
17-01	56012 ¹	1327	18	1,36 %	≤ 0,58 %	ST	U62
21-00	852106	897	25	2,79 %	≤ 2,73 %	ST	U63
22-00	56001	671	312	46,50 %	≥ 67,57 %	ST	U63
22-00	56006	68	30	1,89	≤ 1,14	ST	U62
22-00	852104	1722	72	4,18 %	≤ 4,17 %	ST	U62
23-01	852104	1401	59	4,21 %	≤ 4,17 %	ST	U63
24-01	56008	960	8	0,83 %	≤ 0,15 %	ST	D80
24-01	852208	840	928	110,48 %	≤ 110,00 %	ST	U62
28-01	56005	519	144	2,12	≤ 1,65	ST	U62
28-01	56024 ¹	297	10	2,16	≤ 1,28	ST	U62
29-00	56008	707	5	0,71 %	≤ 0,15 %	ST	D80
30-01	56001	424	199	46,93 %	≥ 67,57 %	ST	U62
39-01	56008	1874	12	0,64 %	≤ 0,15 %	ST	U62
39-01	56024 ¹	457	13	2,52	≤ 1,28	ST	U63
44-00	56005	531	133	2,11	≤ 1,65	ST	U62
KV001	852106	134	13	9,70 %	≤ 2,73 %	ST	U63

¹ Sozialdatenbasierter Qualitätsindikator aus dem Auswertungsjahr 2022

2.1.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 30 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 17 Leistungserbringer aus dem stationären und einem Leistungserbringer aus dem ambulanten Bereich.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 27.07.2023 in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

2.1.4 Empfehlungen der Fachkommission

29 der eingegangenen Erläuterungen der angeschriebenen Leistungserbringer zu Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet, so dass sich keine weiteren Nachfragen ergaben.

Ein Leistungserbringer wurde nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Eine abschließende Bewertung der Fachkommission zur nachgereichten Stellungnahme erfolgte im Umlaufverfahren als plausibel.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung der Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden.

2.2 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (QS WI)

Das QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (QS WI) unterteilt sich grundlegend in den fallbezogenen und den einrichtungsbezogenen Bereich.

Für die fallbezogenen Qualitätsindikatoren erfolgt eine Auswertung aufgrund der Zusammenführung mit den Sozialdaten mit einer zeitlichen Verzögerung von 2 Jahren. Das einrichtungsbezogene Hygiene- und Infektionsmanagement kann hingegen direkt im Folgejahr ausgewertet werden.

Die fallbezogene Auswertung wurde für das Erfassungsjahr 2022 ausgesetzt.

2.2.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollständigkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 für die einrichtungsbezogenen Indikatoren aus. Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

ambulant (A-KH = ambulant am Krankenhaus erbrachte Leistungen, KV = in Praxen und MVZ erbrachte Leistungen)

KH-/KV-Nummer	erwartet	geliefert	Vollständigkeit in %
A-KH 02-01	1	0	0,00
A-KH 02-02			
A-KH 06-01	1	1	100,00
A-KH 06-02			
A-KH 08-01	1	1	100,00
A-KH 08-02			
A-KH 08-03			
A-KH 09-01	1	1	100,00
A-KH 09-02			
A-KH 11-00	1	1	100,00
A-KH 12-00	1	1	100,00
A-KH 14-00	1	0	0,00
A-KH 17-01	1	1	100,00
A-KH 17-02			
A-KH 21-00	1	1	100,00
A-KH 23-01	1	1	100,00
A-KH 23-02			
A-KH 26-00	1	0	0,00
A-KH 27-00	1	1	100,00

KH-/KV-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
A-KH 30-01			
A-KH 30-02	1	1	100,00
A-KH 30-04			
A-KH 35-01	1	1	100,00
A-KH 35-02			
A-KH 36-00	1	1	100,00
A-KH 44-00	1	1	100,00
KV002	-	1	
KV003	-	1	
KV004	-	1	
KV005	-	1	
KV006	-	1	
KV007	-	1	
KV008	-	1	
KV009	-	1	
KV010	-	1	
KV011	-	1	
KV012	-	1	
KV013	-	1	
KV014	-	1	
KV015	-	1	
KV017	-	1	
KV018	-	1	
KV019	-	1	
KV020	-	1	
KV021	-	1	
KV022	-	1	
KV024	-	1	
KV027	-	1	
KV028	-	1	
KV029	-	1	
KV031	-	1	
KV033	-	1	
KV034	-	1	
KV035	-	1	
KV036	-	1	
KV037	-	1	
KV038	-	1	
KV040	-	1	
KV041	-	1	
KV042	-	1	

KH-/KV-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
KV043	-	1	
KV044	-	1	
KV045	-	1	
KV046	-	1	
KV047	-	1	
KV048	-	1	
KV049	-	1	
KV050	-	1	
KV051	-	1	
KV052	-	1	
KV053	-	1	
KV054	-	1	
KV055	-	1	
KV056	-	1	
KV057	-	1	
KV069	-	1	
KV070	-	1	
KV071	-	1	
KV072	-	1	
KV078	-	1	
KV085	-	1	
KV088	-	1	
KV094	-	1	
KV095	-	1	
KV099	-	1	
KV102	-	1	
KV106	-	1	
KV107	-	1	
KV111	-	1	
KV112	-	1	
KV113	-	1	
KV114	-	1	
Gesamt:	16	79	493,75

Leistungserbringerbezogene Dokumentationsraten aus dem KV-Bereich (Praxen/MVZ) liegen der Geschäftsstelle nicht vor. Somit errechnet sich die Vollzähligkeit (erwartet/geliefert) ambulant bei fehlenden erwarteten Datensätzen für Praxen und MVZ aus den für ambulant am KH erbrachte Leistungen, für welche sowohl erwartete als auch gelieferte Daten vorliegen zzgl. der gelieferten Daten aus dem Bereich KV.

stationär

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	1	1	100,00
01-02			
02-01	1	0	0,00
02-02			
04-00	1	1	100,00
06-01	1	1	100,00
06-02			
08-01	1	1	100,00
08-02			
08-03			
09-01	1	1	100,00
09-02			
11-00	1	1	100,00
12-00	1	1	100,00
13-01	1	1	100,00
13-02			
14-00	1	0	0,00
15-00	1	1	100,00
16-00	1	1	100,00
17-01	1	1	100,00
17-02			
21-00	1	1	100,00
22-00	1	1	100,00
23-01	1	1	100,00
23-02			
24-00	1	0	0,00
25-00	1	1	100,00
26-00	1	0	0,00
27-00	1	1	100,00
28-01	1	1	100,00
28-02			
29-00	1	1	100,00
30-01	1	1	100,00
30-02			
30-04			
32-00	1	1	100,00
35-01	1	1	100,00
35-02			
36-00	1	1	100,00
39-01	1	1	100,00

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
42-00	1	0	0,00
44-00	1	1	100,00
49-00	1	1	100,00
69-00	1	1	100,00
KV058		1	
Gesamt:	31	27	87,10

2.2.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

Indikatorergebnis zum Hygiene- und Infektionsmanagement – Ambulant

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich	
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	Ergebnisse gesamt	74,91 / 100 Pkt.	75,52 / 100 Pkt.	73,79 / 100 Pkt.	≥ 40,00 / 100 Pkt.
		ambulant VÄ*	71,81 / 100 Pkt.	73,13 / 100 Pkt.	-	-
		ambulant KH	75,12 / 100 Pkt.	76,08 / 100 Pkt.	-	-

* VÄ = Vertragsärzte

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zum einrichtungsbezogenen Hygiene- und Infektionsmanagement basieren auf im Erfassungsjahr 2022 erhobenen Daten.

Es ist eine Gesamtzahl von 100 Pkt. zu erreichen. Dazu werden die Teilbereiche gemäß nachfolgender Tabellen berücksichtigt. Für jeden Teilbereich werden 10 von 100 Pkt. vergeben.

Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 1000

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis Bund 2023
1.1	Hygiene- und Infektionsmanagement- ambulante Versorgung	75,52 / 100 Pkt.	73,79 / 100 Pkt.
1.1.1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	84,33 / 100 Pkt.	82,82 / 100 Pkt.
1.1.2	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	64,56 / 100 Pkt.	69,83 / 100 Pkt.
1.1.3	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	68,35 / 100 Pkt.	77,33 / 100 Pkt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis Bund 2023
1.1.4	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	87,93 / 100 Pkt.	89,69 / 100 Pkt.
1.1.5	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur perioperativen Antiseptik des OP-Feldes	94,30 / 100 Pkt.	92,94 / 100 Pkt.
1.1.6	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel	85,11 / 100 Pkt.	83,77 / 100 Pkt.
1.1.7	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	63,67 / 100 Pkt.	48,90 / 100 Pkt.
1.1.8	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	51,23 / 100 Pkt.	43,50 / 100 Pkt.
1.1.9	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/ Infektion	79,75 / 100 Pkt.	79,47 / 100 Pkt.
1.1.10	Durchführung von Compliance-Überprüfungen	75,95 / 100 Pkt.	69,63 / 100 Pkt.

Indikatorergebnis zum Hygiene- und Infektionsmanagement – Stationär

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	Ergebnisse gesamt	70,97 / 100 Pkt.	79,66 / 100 Pkt.	74,78 / 100 Pkt.	≥ 56,33 / 100 Pkt.
		BÄ*	71,56 / 100 Pkt.	74,10 / 100 Pkt.	-	-
		KH	73,51 / 100 Pkt.	75,00 / 100 Pkt.	-	-

* BÄ = Belegärzte

Es ist eine Gesamtzahl von 100 Pkt. zu erreichen. Dazu werden die Teilbereiche gemäß nachfolgender Tabellen berücksichtigt. Für jeden Teilbereich werden 10 von 100 Pkt. vergeben.

Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 2000

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST	Ergebnis Bund
1.1	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	79,66 / 100 Pkt.	74,78 / 100 Pkt.
1.1.1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	87,65 / 100 Pkt.	83,38 / 100 Pkt.
1.1.2	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	93,52 / 100 Pkt.	84,23 / 100 Pkt.
1.1.3	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	100,00 / 100 Pkt.	91,74 / 100 Pkt.
1.1.4	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	96,69 / 100 Pkt.	96,80 / 100 Pkt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST	Ergebnis Bund
1.1.5	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur perioperativen Antiseptik des OP-Feldes	100,00 / 100 Pkt.	96,53 / 100 Pkt.
1.1.6	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel	94,22 / 100 Pkt.	89,59 / 100 Pkt.
1.1.7	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	38,26 / 100 Pkt.	29,92 / 100 Pkt.
1.1.8	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	60,43 / 100 Pkt.	50,05 / 100 Pkt.
1.1.9	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/ Infektion	100,00 / 100 Pkt.	97,07 / 100 Pkt.
1.1.10	Durchführung von Compliance-Überprüfungen	25,82 / 100 Pkt.	28,47 / 100 Pkt.

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 5 stationärer und 7 ambulanter Leistungserbringer zu entnehmen.

Ambulant

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
A-KH 02	1000	0	-	-	≥ 40,00 / 100 Pkt.	ST	S99
A-KH 14	1000	0	-	-	≥ 40,00 / 100 Pkt.	ST	D81
A-KH 26	1000	0	-	-	≥ 40,00 / 100 Pkt.	ST	D81
KV022	1000	1	30	29,67	≥ 40,00 / 100 Pkt.	ST	U63
KV055	1000	1	33	33,00	≥ 40,00 / 100 Pkt.	ST	S99
KV102	1000	1	33	33,00	≥ 40,00 / 100 Pkt.	ST	S92
KV111	1000	1	35	35,00	≥ 40,00 / 100 Pkt.	ST	U63

Stationär

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
02-01	2000	0	-	-	≥ 56,33 / 100 Pkt.	ST	S99
02-02							
14-00	2000	0	-	-	≥ 56,33 / 100 Pkt.	ST	D81
24-01	2000	0	-	-	≥ 56,33 / 100 Pkt.	ST	A71
24-02							

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
26-00	2000	0	-	-	≥ 56,33 / 100 Pkt.	ST	D81
42-00	2000	0	-	-	≥ 56,33 / 100 Pkt.	ST	S99

2.2.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Zudem wurden auch die Leistungserbringer des stationären Bereiches, welche laut Sollstatistik Daten zur Einrichtungsbefragung hätten dokumentieren müssen, um Erläuterung der Nichtübermittlung gebeten. Daraus ergaben sich insgesamt 7 eingeleitete Stellungnahmeverfahren im ambulanten Bereich mit 7 Leistungserbringern und 5 eingeleitete Stellungnahmeverfahren im stationären Bereich mit 5 Leistungserbringern.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 22.08.2023 in Magdeburg in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

2.2.4 Empfehlungen der Fachkommission

9 der eingegangenen Erläuterungen der angeschriebenen Leistungserbringer zu Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet, so dass sich keine weiteren Nachfragen ergaben.

3 Leistungserbringer aus dem ambulanten Bereich, wurden nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Eine abschließende Bewertung der Fachkommission zur nachgereichten Stellungnahme erfolgte im Umlaufverfahren als plausibel.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung der Stellungnahmen nicht empfohlen, so dass das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden konnte.

2.3 Cholezystektomie (QS CHE)

2.3.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	135	135	100,00
02-01	144	144	100,00
04-00	118	118	100,00
06-01	121	121	100,00
08-01	104	105	100,96
08-02	117	117	100,00
08-03	134	134	100,00
09-01	84	84	100,00
09-02	95	95	100,00
11-00	134	134	100,00
12-00	83	83	100,00
13-01	75	75	100,00
13-02	29	29	100,00
14-00	185	190	102,70
15-00	86	87	101,16
16-00	86	86	100,00
17-01	265	265	100,00
21-00	150	150	100,00
22-00	1	1	100,00
23-01	159	159	100,00
24-01	200	201	100,50
26-00	132	132	100,00
27-00	110	110	100,00
28-01	194	202	104,12
28-02	80	81	101,25
29-00	117	117	100,00
30-01	146	147	100,68
30-02	466	172	103,61
32-00	87	94	108,05
35-01	127	129	101,57
35-02	2	2	100,00
36-00	55	55	100,00
39-01	121	122	100,83
42-00	115	116	100,87

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
44-00	169	170	100,59
49-00	40	40	100,00
50-01	104	105	100,96
50-02	106	107	100,94
Gesamt:	4.376	4.414	100,87

2.3.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse der Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	1,13 %	0,95	0,95	≤ 3,20
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	1,29 %	0,93	0,98	≤ 2,60
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	1,71 %	0,98	0,88	≤ 2,59
58003	Interventionsbedürftige Blutung innerhalb von 30 Tagen	2,52 %	1,02	0,95	≤ 2,21
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	100,87 %	100,84 %	≥ 95,00 %
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	100,87 %	100,84 %	≤ 110,00 %
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	-	0,05 %	0,02 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren und zugeordnete Indexeingriffe aus dem Auswertungsjahres 2022 dar. Durch die Zusammenführung mit den Sozialdaten, die den jeweiligen Nachbeobachtungszeitraum widerspiegeln, liegen die Ergebnisse zu diesen Qualitätsindikatoren systembedingt stets mit einer zeitlichen Verzögerung von 2 Jahren vor.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	3,73 %	0,93	1,00	≤ 2,20
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	2,78 %	0,90	1,00	≤ 2,54
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	2,24 %	0,90	1,00	≤ 2,22

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 8 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
09-01	58005 ¹	70	3	2,86	≤ 2,54	ST	U62
15-00	58002	85	3	2,74	≤ 2,59	ST	U63
15-00	58000	85	4	5,85	≤ 3,2	ST	U63
16-00	58005 ¹	61	3	2,87	≤ 2,54	ST	U62
22-00	58003	1	1	6,93	≤ 2,21	ST	U61
26-00	58006 ¹	130	2	3,41	≤ 2,22	ST	U62
28-02	58003	82	5	2,68	≤ 2,21	ST	U62
29-00	58000	115	3	4,04	≤ 3,2	ST	U62
49-00	58006 ¹	33	2	2,53	≤ 2,22	ST	A71

¹ Sozialdatenbasierter Qualitätsindikator aus dem Auswertungsjahr 2022

2.3.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 9 eingeleitete Stellungnahmeverfahren zu 8 Leistungserbringern, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 16.08.2023 in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

2.3.4 Empfehlungen der Fachkommission

7 der eingegangenen Erläuterungen der angeschriebenen Leistungserbringer zu Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet, so dass sich keine weiteren Nachfragen ergaben.

Zwei Leistungserbringer wurden nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Eine abschließende Bewertung der Fachkommission erfolgte im Umlaufverfahren als plausibel.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung der Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden.

2.4 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

Das sektorenübergreifende Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) ist zum 01.01.2020 in den Regelbetrieb übergegangen. Es umfasst im Gegensatz zu vielen anderen Verfahren sowohl länderbezogene (DIAL) als auch bundesbezogene (NTX, PNTX) Verfahrensteile. Im länderbezogenen Teil erfolgt die Qualitätssicherung von Dialysebehandlungen.

Im QS-Verfahren Nierenersatztherapie-Dialyse hat der GBA zum Auswertungsjahr 2023 ein differenziertes Stellungnahmeverfahren in Abhängigkeit von der Datengrundlage des jeweiligen Bundeslandes empfohlen. Eine einrichtungsbezogene Berichterstattung erfolgte nicht.

Auf Bundesebene wurde für 2023 mit 92,49% eine im Vergleich zum Auswertungsjahr 2022 (63,63%) verbesserte Datenbasis mitgeteilt. Hierbei blieb unberücksichtigt, dass aus fehlenden Sollangaben des ambulanten Sektors und hieraus resultierenden rechnerischen Überdokumentationen Unterdokumentationen des stationären Sektors ausgeglichen wurden. Die Gesamtdokumentationsrate der Leistungserbringer im ambulanten Bereich beträgt laut Bundesauswertung 174,87%. Für Sachsen-Anhalt lagen bei dokumentierten Fällen des ambulanten Bereiches keinerlei Angaben zu dokumentationspflichtiger Fälle vor.

Weiterhin fiel für Sachsen-Anhalt auf, dass 67% der Abweichungen vom Referenzwert (betreffend 18 von 26 Einrichtungen) auf den Indikator „Dialysedauer pro Woche“ entfielen. Ähnliche Abweichungen wurden bundesweit verzeichnet. Dem gegenüber steht ein Ergebnis von etwa 10% in früheren QS-Verfahren zur Dialyse der ambulanten Leistungserbringer.

Des Weiteren kam es zu einer nicht validen Darstellung auffälliger Vorgangsnummern, da zu einer Auffälligkeit im Zähler mehrere statt einer Vorgangsnummer ausgewiesen wurde, was ein Zuordnungsproblem bei den Leistungserbringern zur Folge hat.

Aufgrund der vorgenannten Probleme erfolgte nach Abstimmung mit der Fachkommission auf Beschluss des Lenkungsgremiums der LAG die Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens im QS-Verfahren Nierenersatztherapie-Dialyse zum Auswertungsjahr 2023.

2.4.1 Leistungsbereich Dialyse (NET-DIAL)

2.4.1.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

Stationärer Bereich

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	38	39	102,63
06-01	2	0	0,00
13-01	5	4	80,00
23-01	34	36	105,88
Gesamt:	79	78	98,73

Ambulanter Bereich

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
KV001	-	518	-
KV002	-	642	-
KV003	-	214	-
KV004	-	987	-
KV005	-	818	-
KV006	-	1.050	-
KV007	-	586	-
KV008	-	363	-
KV009	-	978	-
KV010	-	845	-
KV011	-	890	-
KV012	-	459	-
KV013	-	86	-
KV014	-	1.255	-
KV015	-	825	-
KV016	-	211	-
KV017	-	776	-
KV018	-	94	-
KV019	-	827	-
KV020	-	899	-
KV021	-	331	-
KV022	-	591	-
KV023	-	246	-
Gesamt:	-	14.491	-

Für Sachsen-Anhalt liegen keine erwarteten Datensätze und somit keine Angaben zur Vollzähligkeit ambulant vor. Leistungserbringerbezogene Dokumentationsraten wurden der Geschäftsstelle nicht übermittelt.

2.4.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2022 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenz- bereich
572001	Aufklärung über Behandlungsoptionen	Gesamt	91,13 %	86,45 %	85,44 %	≤ 100,00 %
		Ambulant VÄ*	87,09 %	85,27 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	85,62 %	85,59 %	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	71,72 %	83,17 %	-	-
572048	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	N ≤ 3	N ≤ 3	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	-	N ≤ 3	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	-	-	-	-
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	Gesamt	-	69,19 %	67,62 %	≤ 100,00 %
		Ambulant VÄ*	-	66,64 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	-	78,64 %	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	-	76,30 %	-	-

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenz- bereich
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	-	N ≤ 3	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	-	-	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	-	-	-	-
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	Gesamt	25,86 %	34,45 %	34,10 %	≤ 63,62 %
		Ambulant VÄ*	27,57 %	33,36 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	40,96 %	54,56 %	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	35,36 %	32,60 %	-	-
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	N ≤ 3	N ≤ 3	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	-	-	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	-	-	-	-

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenz- bereich
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	Gesamt	30,05 %	28,49 %	27,30 %	≤ 45,63 %
		Ambulant VÄ*	29,22 %	26,57 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	52,17 %	46,12 %	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	27,38 %	25,88 %	-	-
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	N ≤ 3	N ≤ 3	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	-	-	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	-	-	-	-
572005	Dialysefrequenz pro Woche	Gesamt	59,96 %	16,49 %	21,79 %	≤ 80,77 %
		Ambulant VÄ*	34,93	20,04 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	45,67 %	42,16 %	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	50,85 %	22,88 %	-	-
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	N ≤ 3	N ≤ 3	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	-	N ≤ 3	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	-	-	-	-

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenz- bereich
572006	Dialysedauer pro Woche	Gesamt	79,53 %	41,17 %	42,83 %	≤ 15,00 %
		Ambulant VÄ*	55,93 %	41,40 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	67,63 %	64,18 %	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	58,89 %	38,11 %	-	-
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	66,67 %	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	N ≤ 3	66,67 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	-	-	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	-	-	-	-
572007	Ernährungsstatus	Gesamt	2,47 %	4,21 %	4,86 %	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	3,81 %	4,49 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	11,43 %	11,37 %	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	4,64 %	4,50 %	-	-
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	0,00 %	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	0,00 %	0,00 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	-	N ≤ 3	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	-	-	-	-

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenz- bereich
572008	Anämiemanagement	Gesamt	N ≤ 3	0,33 %	0,37 %	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	0,41 %	0,33 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	1,21 %	1,22 %	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	N ≤ 3	N ≤ 3	-	-
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	0,00 %	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	0,00 %	0,00 %	-	-
		Teilstationär BÄ*	-	-	-	-
		Teilstationär KH	-	N ≤ 3	-	-
		selekt.vertr. Leistungen	-	-	-	-

* BÄ = Belegärzte
VÄ = Vertragsärzte

2.4.2 Aktivitäten der Fachkommission

Für den Leistungsbereich NET lagen für das Auswertungsjahr 2023 insgesamt 25 Abweichungen vom jeweiligen Referenzwert in 19 Einrichtungen vor. Das IQTIG empfahl nach Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens im Vorjahr die Durchführung mit „Fingerspitzengefühl“ in Abhängigkeit der jeweiligen Datengrundlage. Bei nicht valider Datenbasis mit nicht vorliegenden Zahlen zum Dokumentationssoll im ambulanten Sektor und unter Berücksichtigung der unter 2.4. aufgelisteten weiteren Besonderheiten erfolgte auf Beschluss des Lenkungsgremiums der LAG die Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens für das Auswertungsjahr 2023. So weisen die Berechnungen zum Indikator „Dialysefrequenz“ Fehler auf für Dialysen, die nicht montags beginnen. Dieser Berechnungsfehler soll mit Vorliegen der Auswertungen zum Auswertungsjahr 2024 nach Aussagen des IQTIG bereinigt werden.

Die Besonderheiten des Leistungsbereiches wurden anlässlich einer Fachkommissionssitzung in Präsenz am 17.10.2023 beraten.

2.4.3 Empfehlungen der Fachkommission

Entfällt

2.5 Karotis-Revaskularisation (QS-KAROTIS)

2.5.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	6	6	100,00
02-01	8	8	100,00
04-00	8	8	100,00
06-01	73	73	100,00
08-03	54	54	100,00
11-00	10	10	100,00
13-01	115	115	100,00
14-00	47	48	102,13
15-00	27	27	100,00
16-00	19	19	100,00
17-01	39	39	100,00
21-00	34	34	100,00
22-00	49	49	100,00
23-01	97	97	100,00
24-01	67	67	100,00
27-00	2	2	100,00
28-01	34	34	100,00
30-01	2	2	100,00
30-02	91	91	100,00
35-01	7	7	100,00
39-01	54	54	100,00
42-00	16	16	100,00
44-00	11	11	100,00
49-00	52	52	100,00
50-01	85	85	100,00
Gesamt:	1.007	1.008	100,10

2.5.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose –offen-chirurgisch	98,84 %	98,38 %	99,25 %	≥ 95,00 %
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	99,20 %	100,00 %	99,69 %	≥ 95,00 %
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	0 Fälle	0 Fälle	7 Fälle	Sentinel Event
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch	1,24	1,02	0,98	≤ 2,79
11724	TKez: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch	1,25	1,35	1,05	nicht definiert
605	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch	2,01 %	1,26 %	1,44 %	nicht definiert
606	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch	0,00 %	1,85 %	1,53 %	nicht definiert
51859	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	3,98 %	3,20 %	3,13 %	nicht definiert
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	94,37 %	95,79 %	97,95 %	≥ 95,00 %
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	100,00 %	100,00 %	99,34 %	≥ 95,00 %
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt	1,80	0,87	1,01	≤ 2,81
51865	TKez: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt	1,58	1,18	0,94	nicht definiert
51445	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontra-laterale Karotisstenose – kathetergestützt	3,85 %	0,00 %	2,18 %	nicht definiert
51448	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralaterale Karotisstenose – kathetergestützt	0,00 %	0,00 %	4,14 %	nicht definiert

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
51860	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	9,38 %	7,32 %	4,61 %	nicht definiert
161800	Keine periprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	4,76 %	7,14 %	3,50 %	≤ 5,00 %
850332	AK: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	0,63 %	0,97 %	1,10 %	≤ 4,78 %
850085	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	-	100,10 %	100,23 %	≥ 95,00 %
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,71 %	100,10 %	100,23 %	≤ 110,00 %
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,20 %	0,54 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 8 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	161800	1	1	100,00 %	≤ 5,00 %	ST	U62
11-00	11704	10	1	5,70	≤ 2,79	ST	U62
13-01	51437	10	9	90,00 %	≥ 95,00 %	ST	U63
22-00	603	15	14	93,33 %	≥ 95,00 %	ST	U63
24-01	603	30	28	93,33 %	≥ 95,00 %	ST	U63
39-01	51873	4	1	7,28	≤ 2,81	ST	U62
44-00	11704	11	1	3,95	≤ 2,79	ST	U63
49-00	51437	15	12	80,00 %	≥ 95,00 %	ST	U63

2.5.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 8 eingeleitete Stellungnahmen zu 8 Leistungserbringern, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 31.08.2023 in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

2.5.4 Empfehlungen der Fachkommission

Die eingegangenen Erläuterungen der Leistungserbringer zu angeschriebenen Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet. Ein Leistungserbringer wurde nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Eine abschließende Bewertung der Fachkommission zur nachgereichten Stellungnahme erfolgte im Umlaufverfahren als plausibel.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung der Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden.

2.6 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

2.6.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	225	225	100,00
01-02	5	5	100,00
02-01	229	230	100,44
04-00	431	488	113,23
05-00	35	30	85,71
06-01	385	385	100,00
06-02	1	1	100,00
08-01	256	256	100,00
08-02	140	140	100,00
08-03	199	199	100,00
09-01	156	156	100,00
09-02	94	94	100,00
11-00	293	293	100,00
12-00	237	237	100,00
13-01	387	389	100,52
14-00	278	299	107,55
15-00	145	139	95,86
16-00	116	116	100,00
17-01	334	333	99,70
17-02	0	1	-
21-00	205	208	101,46
22-00	8	8	100,00
23-01	349	349	100,00
24-01	463	443	95,68
26-00	4	4	100,00
27-00	123	123	100,00
28-01	228	234	102,63
28-02	53	53	100,00
29-00	159	159	100,00
30-01	333	335	100,60
30-02	338	344	101,78
32-00	169	169	100,00
35-01	3	3	100,00
35-02	187	187	100,00

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
36-00	161	167	103,73
39-01	344	345	100,29
42-00	196	196	100,00
44-00	413	413	100,00
49-00	156	156	100,00
50-01	222	223	100,45
50-02	219	219	100,00
63-00	4	5	125,00
64-01	1	1	100,00
66-00	85	88	103,53
69-00	193	193	100,00
Gesamt:	8.562	8.461	100,92

2.6.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022 und ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	98,84 %	98,55 %	99,02 %	≥ 95,00 %
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	98,86 %	98,53 %	99,05 %	nicht definiert
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	98,57 %	99,20 %	98,18 %	nicht definiert
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	88,16 %	90,76 %	93,08 %	≥ 90,00 %
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	88,38 %	89,31 %	92,79 %	≥ 90,00 %
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	92,03 %	90,31 %	95,93 %	≥ 95,00 %
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	98,02 %	98,33 %	98,69 %	nicht definiert
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,27	1,33	0,97	≤ 1,91
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	16,95 %	16,76 %	16,84 %	nicht definiert
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	93,91 %	94,95 %	96,71 %	≥ 95,00 %
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	5,44 %	4,88 %	5,27 %	≤ 20,00 %
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	8,31 %	6,97 %	8,30 %	≤ 20,12 %
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	12,69 %	13,06 %	12,92 %	≤ 50,00 %
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	100,92 %	101,32 %	≥ 95,00 %
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,42 %	100,92 %	101,32 %	≤ 110,00 %
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz MDS)	0,01 %	0,02 %	0,10 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 32 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	2013	88	62	70,45 %	≥ 90,00 %	ST	D80
01-01	2028	159	120	75,47 %	≥ 95,00 %	ST	U63
01-01	50778	155	23	2,18	≤ 1,91	ST	U62
01-01	50722	227	174	76,65 %	≥ 95,00 %	ST	D81
01-02	50778	1	1	5,45	≤ 1,91	ST	U63
04-00	850102	431	488	113,23 %	≤ 110,00 %	ST	D81
05-00	2013	13	10	76,92 %	≥ 90,00 %	ST	U61
05-00	2028	15	7	46,67 %	≥ 95,00 %	ST	U61
05-00	50722	29	22	75,86 %	≥ 95,00 %	ST	U61
05-00	850101	35	30	85,71 %	≥ 95,00 %	ST	D81
06-01	2009	219	159	72,60 %	≥ 90,00 %	ST	U63
06-01	2013	201	162	80,60 %	≥ 90,00 %	ST	U62
06-01	2028	295	255	86,44 %	≥ 95,00 %	ST	U63
06-01	50722	379	347	91,56 %	≥ 95,00 %	ST	U63
08-01	2028	181	145	80,11 %	≥ 95,00 %	ST	U63
08-01	50722	249	212	85,14 %	≥ 95,00 %	ST	U63
08-02	2013	61	52	85,25 %	≥ 90,00 %	ST	U62
08-03	2013	118	104	88,14 %	≥ 90,00 %	ST	U63
08-03	2028	161	133	82,61 %	≥ 95,00 %	ST	U63
09-01	50722	153	142	92,81 %	≥ 95,00 %	ST	U63
09-02	2028	77	70	90,91 %	≥ 95,00 %	ST	U63
09-02	50722	94	89	94,68 %	≥ 95,00 %	ST	U63
11-00	2013	142	98	69,01 %	≥ 90,00 %	ST	U63
11-00	50778	207	36	2,32	≤ 1,91	ST	U62
12-00	50722	236	211	89,41 %	≥ 95,00 %	ST	U63
13-01	2009	221	193	87,33 %	≥ 90,00 %	ST	U63
13-01	2013	192	172	89,58 %	≥ 90,00 %	ST	U63
13-01	2028	280	265	94,64 %	≥ 95,00 %	ST	U63
14-00	50722	296	274	92,57 %	≥ 95,00 %	ST	U62
15-00	2013	72	48	66,67 %	≥ 90,00 %	ST	U61
15-00	2028	107	95	88,79 %	≥ 95,00 %	ST	U63
15-00	50722	139	132	94,96 %	≥ 95,00 %	ST	U63

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
15-00	2028	229	212	92,58 %	≥ 95,00 %	ST	U99
17-01	2028	229	212	92,58 %	≥ 95,00 %	ST	U62
17-01	50722	320	298	93,13 %	≥ 95,00 %	ST	U61
23-01	2009	135	112	82,96 %	≥ 90,00 %	ST	U61
23-01	2013	118	72	61,02 %	≥ 90,00 %	ST	U61
23-01	2028	209	154	73,68 %	≥ 95,00 %	ST	A71
23-01	50722	341	307	90,03 %	≥ 95,00 %	ST	U62
24-01	2009	242	206	85,12 %	≥ 90,00 %	ST	U61
24-01	50778	268	60	2,31	≤ 1,91	ST	U62
28-02	2009	29	26	89,66 %	≥ 90,00 %	ST	U62
30-01	2009	207	183	88,41 %	≥ 90,00 %	ST	U99
30-01	2013	179	141	78,77 %	≥ 90,00 %	ST	U61
30-01	2028	241	195	80,91 %	≥ 95,00 %	ST	A71
30-01	811826	224	47	20,98 %	≤ 20,12 %	ST	U99
30-02	2009	221	179	81,00 %	≥ 90,00 %	ST	U61
30-02	2013	160	132	82,50 %	≥ 90,00 %	ST	U61
30-02	2028	241	111	46,06 %	≥ 95,00 %	ST	A71
32-00	2009	97	86	88,66 %	≥ 90,00 %	ST	U63
32-00	2028	136	129	94,85 %	≥ 95,00 %	ST	U63
35-01	2005	10	8	80,00 %	≥ 95,00 %	ST	U62
35-01	2028	6	5	83,33 %	≥ 95,00 %	ST	U62
35-01	50778	9	1	2,28	≤ 1,91	ST	U62
35-02	2005	179	162	90,50 %	≥ 95,00 %	ST	U63
35-02	2028	114	104	91,23 %	≥ 95,00 %	ST	U63
36-00	2009	86	68	79,07 %	≥ 90,00 %	ST	U63
39-01	2013	160	142	88,75 %	≥ 90,00 %	ST	U62
39-01	2028	242	206	85,12 %	≥ 95,00 %	ST	U62
39-01	50722	340	292	85,88 %	≥ 95,00 %	ST	U63
42-00	2009	117	105	89,74 %	≥ 90,00 %	ST	U63
44-00	2028	313	274	87,54 %	≥ 95,00 %	ST	U63
50-02	2009	85	69	81,18 %	≥ 90,00 %	ST	U99
50-02	2028	148	140	94,59 %	≥ 95,00 %	ST	U62
63-00	2013	4	3	75,00 %	≥ 90,00 %	ST	U62
63-00	2028	3	2	66,67 %	≥ 95,00 %	ST	U62
64-01	2005	1	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST	U62

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
64-01	2009	1	0	0,00 %	≥ 90,00 %	ST	U62
64-01	2028	1	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST	U62
64-01	50722	1	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST	U62
66-00	2009	46	41	89,13 %	≥ 90,00 %	ST	S99
69-00	2009	68	56	82,35 %	≥ 90,00 %	ST	U61

2.6.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 72 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 32 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die erste Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 13.10.2023 in Form einer Videokonferenz durchgeführt. Auf einer zweiten Sitzung am 10.11.2023 konnten die Stellungnahmen der Einrichtungen abschließend bewertet werden.

2.6.4 Empfehlungen der Fachkommission

Alle eingegangenen Erläuterungen der angeschriebenen Leistungserbringer zu Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet, so dass sich keine weiteren Nachfragen ergaben.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung der Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden.

2.7 Mammachirurgie (QS MC)

2.7.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	69	69	100,00
04-00	23	23	100,00
06-01	286	286	100,00
08-02	3	3	100,00
08-03	68	68	100,00
09-02	65	65	100,00
11-00	7	7	100,00
13-01	224	224	100,00
14-00	36	36	100,00
17-01	394	394	100,00
21-00	1	1	100,00
23-01	6	6	100,00
23-02	121	121	100,00
24-01	205	211	102,93
26-00	286	286	100,00
28-01	12	12	100,00
30-01	6	6	100,00
30-02	235	236	100,43
32-00	1	0	0,00
36-00	2	2	100,00
39-02	177	177	100,00
42-00	209	209	100,00
44-00	7	7	100,00
50-01	38	39	102,63
51-00	9	9	100,00
Gesamt:	2.490	2.497	100,28

2.7.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	97,46 %	98,00 %	98,21 %	≥ 95,00 %
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	0,99	0,97	0,95	≥ 0,46
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	0,99	0,97	0,95	≤ 1,72
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	89,30 %	97,42 %	95,04 %	≥ 80,95 %
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	83,94 %	85,92 %	85,86 %	≥ 54,50 %
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	N ≤ 3	3,52 %	3,35 %	≤ 5,00 %
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	93,05 %	95,90 %	96,99 %	≥ 90,00 %
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	2,19 %	0,99 %	1,92 %	≤ 7,69 %
60659	Nachresektionsrate	9,94 %	11,15 %	10,66 %	≤ 20,77 %
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	98,80 %	99,26 %	99,48 %	≥ 97,82 %
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	0,26 %	0,26 %	0,39 %	≤ 1,79 %
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	0,32 %	N ≤ 3	0,13 %	≤ 0,91 %
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	0,53 %	1,01 %	0,73 %	≤ 4,00 %
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	0,33 %	0,06 %	0,22 %	≤ 1,10 %
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	1,91 %	2,09 %	1,34 %	≤ 8,25 %
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	100,28 %	100,15 %	≥ 95,00 %
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,43 %	100,28 %	100,15 %	≤ 110,00 %
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,36 %	0,68 %	0,19 %	≤ 5,00 %

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren					
QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	99,76 %	99,60 %	99,39 %	≥ 95,00 %
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	98,65 %	99,64 %	98,99 %	≥ 95,00 %
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	0,00 %	0,00 %	N ≤ 3	Sentinel Event

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 16 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
04-00	51847	6	2	33,33	≥ 90,00 %	ST	D80
06-01	50719	18	1	5,56 %	≤ 5,00 %	ST	U62
06-01	51846	211	200	94,79 %	≥ 95,00 %	ST	A99
08-02	212001	2	1	50,00 %	≥ 54,43 %	ST	U62
11-00	52278	4	1	3,11	≤ 1,72	ST	U62
11-00	211800	5	3	60,00 %	≥ 97,82 %	ST	U63
13-00	813068	156	5	0,03 %	≤ 4	ST	U99
14-00	51846	25	23	92,00 %	≥ 95,00 %	ST	U62
14-00	52278	18	3	1,80	≤ 1,72	ST	U62
14-00	211800	21	20	95,24 %	≥ 97,82 %	ST	A71
17-01	852000	295	26	8,81 %	≤ 8,25 %	ST	U99
23-01	850227	6	1	50,00	≤ 5 %	ST	U62
23-02	50719	6	1	16,67 %	≤ 5,00 %	ST	U62
23-02	212001	1	0	0,00 %	≥ 54,43 %	ST	U62
24-01	50719	15	3	20,00 %	≤ 5,00 %	ST	U62
26-00	212001	45	20	44,44 %	≥ 54,43 %	ST	U99
30-01	850227	6	6	100,00 %	≤ 5 %	ST	U99
36-00	51846	2	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST	A99
36-00	211800	2	1	50,00 %	≥ 97,82 %	ST	A99
36-00	852000	2	2	100,00 %	≤ 8,25 %	ST	U99
39-01	211800	113	110	97,35 %	≥ 97,82 %	ST	U63

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
50-01	51370	14	3	21,43 %	≤ 7,69 %	ST	U63
50-01	52278	16	4	1,92	≤ 1,72	ST	U62
50-01	212001	3	1	33,33 %	≥ 54,43 %	ST	U62
51-00	51846	4	1	25,00 %	≥ 95,00 %	ST	U62
51-00	60659	3	1	33,33 %	≤ 20,77 %	ST	U63
51-00	52330	8	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST IQTIG	A43*

* Das Stellungnahmeverfahren und die Bewertung erfolgte gem. Plan-QI RL durch das IQTIG.

2.7.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 26 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 16 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 28.09.2023 in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

Ein Leistungserbringer wies für den planungsrelevanten Qualitätsindikator 52330 – „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ eine statistische Auffälligkeit auf. Gemäß „Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ (plan. QI-RL) erfolgte in diesem Fall das Stellungnahmeverfahren durch das IQTIG. Im Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wurde die Bewertung „unzureichend“ erteilt. Im Rahmen einer Beratung in der Fachkommission zu ggf. durchzuführenden qualitätsfördernden Maßnahmen auf Landesebene konnte festgestellt werden, dass in 2023 keine weiteren mammachirurgischen Leistungen in der Einrichtung erbracht wurden.

2.7.4 Empfehlungen der Fachkommission

26 der eingegangenen Erläuterungen von den Leistungserbringern zu angeschriebenen Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet, so dass sich für diese keine weiteren Nachfragen ergaben.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung aller Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden.

2.8 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

2.8.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	57	57	100,00
02-01	223	224	100,45
04-00	110	110	100,00
06-01	168	168	100,00
08-01	4	4	100,00
08-02	6	6	100,00
08-03	201	201	100,00
09-01	66	66	100,00
09-02	70	70	100,00
11-00	134	134	100,00
13-01	176	175	99,43
13-02	13	13	100,00
14-00	177	179	101,13
17-01	294	294	100,00
21-00	265	266	100,38
23-01	15	15	100,00
23-02	290	291	100,34
24-01	200	201	100,50
26-00	522	522	100,00
27-00	1	1	100,00
28-01	112	113	100,89
28-02	2	2	100,00
30-01	137	141	102,92
30-02	126	134	106,35
32-00	1	1	100,00
36-00	1	1	100,00
39-01	82	85	103,66
42-00	117	117	100,00
44-00	157	158	100,64
49-00	1	1	100,00
50-01	178	180	101,12
50-02	90	91	101,11

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
51-00	24	24	100,00
Gesamt:	4.020	4.045	100,62

2.8.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	1,13 %	0,55 %	0,74 %	Sentinel Event
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	16,14 %	20,10 %	19,31 %	≤ 43,35 %
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	81,83 %	82,57 %	88,74 %	≥ 74,46 %
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 2 4 Stunden	2,64 %	2,98 %	3,15 %	≤ 6,59 %
850231	Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	1,48 %	0,98 %	1,43 %	≤ 6,71 %
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	0,18 %	0,10 %	0,14 %	= 0,00%
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	100,62 %	100,55 %	≥ 95,00%
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,92 %	100,62 %	100,55 %	≤ 110,00 %
850225	Auffälligkeitskriterium zum MDS	0,21 %	0,00 %	0,23 %	≤ 5,00 %
Planungsrelevante Qualitätsindikatoren					
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	6,23 %	3,66 %	7,61 %	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	0,89 %	0,57 %	0,95 %	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	0,73	0,80	1,05	≤ 4,18

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 14 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
06-01	612	20	13	65,00 %	≥ 74,46 %	ST	U62
06-01	52283	45	4	8,89 %	≤ 6,59 %	ST	U62
06-01	60685	26	3	11,54 %	Sentinel Event	ST	U62
08-01	52283	3	2	66,67 %	≤ 6,59 %	ST	U62
08-02	612	4	2	50,00 %	≥ 74,46 %	ST	U62
09-01	60685	25	1	4,00 %	Sentinel Event	ST	U62
09-02	612	5	3	60,00 %	≥ 74,46 %	ST	U62
09-02	850231	18	2	11,11 %	≤ 6,71 %	ST	U99
11-00	612	25	15	60,00 %	≥ 74,46 %	ST	U62
13-01	612	25	18	72,00 %	≥ 74,46 %	ST	U62
14-00	612	15	9	60,00 %	≥ 74,46 %	ST	U62
14-00	851912	179	2	0,01 %	0,00 %	ST	U99
17-00	612	49	29	67,44 %	≥ 74,46 %	ST	U62
24-01	52283	92	13	14,13 %	≤ 6,59 %	ST	U63
30-02	52283	67	5	7,46 %	≤ 6,59 %	ST	U62
30-02	60686	9	5	55,56 %	≤ 42,35 %	ST	U62
32-00	52283	1	1	100,00 %	≤ 6,59 %	ST	U62
39-01	52283	36	4	11,11 %	≤ 6,59 %	ST	U62
39-01	60686	4	2	50,00 %	≤ 42,35 %	ST	U62
49-00	60686	1	1	100,00 %	≤ 42,35 %	ST	U62

2.8.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 20 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 14 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 23.09.2023 in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

2.8.4 Empfehlungen der Fachkommission

19 der eingegangenen Erläuterungen von den Leistungserbringern zu angeschriebenen Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet, so dass sich für diese keine weiteren Nachfragen ergaben.

Ein Leistungserbringer wurde nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Die Antwort der Nachfrage wurde von der Fachkommission im Umlaufverfahren abschließend bewertet.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung aller Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden.

2.9 Perinatalmedizin (QS PM)

Im Verfahren werden die Leistungsbereiche Geburtshilfe und Neonatologie betrachtet.

2.9.1 Leistungsbereich Geburtshilfe (PM-GEBH)

2.9.1.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	405	405	100,00
04-00	357	355	99,44
06-01	838	838	100,00
08-03	570	570	100,00
09-01	165	165	100,00
09-02	399	399	100,00
11-00	447	444	99,33
13-01	1197	1198	100,08
17-01	1762	1762	100,00
21-00	425	425	100,00
23-02	1225	1235	100,82
24-01	1385	1385	100,00
26-00	947	947	100,00
28-01	765	765	100,00
30-01	83	84	101,20
30-02	856	857	100,12
39-01	656	679	103,51
44-00	668	668	100,00
50-01	356	356	100,00
50-02	276	276	100,00
Gesamt	13.782	13.813	100,22

2.9.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
52249	Kaiserschnittgeburt	1,01	1,00	1,03	≤ 1,26
321	TKez: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	0,22 %	0,17 %	0,23 %	nicht definiert
51397	TKez: Azidose bei reifen Einlingen	0,93	0,71	0,97	nicht definiert
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	0,76	0,83	1,06	≤ 4,40
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	0,79	0,94	0,89	≤ 3,20
331	TKez: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	0,00 %	N ≤ 3	0,004 %	nicht definiert
182010	TKez: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	N ≤ 3	N ≤ 3	0,19 %	nicht definiert
182011	TKez: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	3,24 %	3,50 %	2,95 %	nicht definiert
182014	TKez: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	10,67 %	12,70 %	9,20 %	nicht definiert
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	0,00 %	0,00 %	0,42 %	= 0,00
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	0,81 %	1,04 %	0,79 %	≤ 2,58 %
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	100,22 %	100,28 %	≥ 95,00 %
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	99,90 %	100,22 %	100,28 %	≤ 110,00 %
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	N ≤ 3	0,03 %	0,06%	≤ 5,00 %

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren					
QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	93,43 %	97,08 %	96,80 %	≥ 95,00 %
50045	Perioperative Antibiotikaprofylaxe bei Kaiserschnittentbindung	98,96 %	99,12 %	99,01 %	≥ 90,00 %
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	N ≤ 3	N ≤ 3	0,21 %	Sentinel Event
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	96,58 %	95,64 %	96,85 %	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	0,95	0,94	1,01	≤ 2,32

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 9 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	330	2	1	50,00 %	≥ 95,00 %	ST	U63
01-01	52249	404	148	1,28	≤ 1,26	ST	U61
09-01	181800	107	1	7,95 %	≤ 3,2 %	ST	U62
09-02	330	1	0	0,00 %	≥ 95,00%	ST	U63
09-02	318	9	6	66,67 %	≥ 90,00 %	ST IQTIG	U34*
11-00	52249	440	174	1,31	≤ 1,26	ST	U61
11-00	850224	406	15	3,69 %	≤ 2,58 %	ST	A71
21-00	51803	417	8	2,55 %	≤ 2,32 %	ST	U63
24-01	181800	972	5	4,60 %	≤ 3,2 %	ST	U63
39-01	1058	6	1	16,67 %	Sentinel Event	ST IQTIG	U34*
50-01	850224	337	19	5,64 %	≤ 2,58 %	ST	U63
50-02	51831	7	1	33,09 %	≤ 4,40 %	ST	A71

* Das Stellungnahmeverfahren und die Bewertung erfolgte gem. Plan-QI RL durch das IQTIG.

2.9.2 Leistungsbereich Neonatologie (PM-NEO)

2.9.2.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	59	59	100,00
04-00	53	53	100,00
06-01	197	197	100,00
08-03	117	117	100,00
09-02	15	15	100,00
11-00	103	103	100,00
13-01	239	239	100,00
17-01	355	355	100,00
23-01	17	17	100,00
23-02	266	266	100,00
24-01	165	169	102,42
26-00	3	3	100,00
28-01	122	123	100,82
30-02	183	184	100,55
39-01	90	92	102,22
44-00	74	74	100,00
50-01	55	56	101,82
50-02	27	27	100,00
Gesamt:	2.140	2.149	100,42

2.9.2.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	N ≤ 3	N ≤ 3	0,21 %	Sentinel Event
51832	TKez: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	2,74 %	4,27 %	3,67 %	nicht definiert
51837	TKez: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	0,95	1,18	0,93	nicht definiert
51076	TKez: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	3,60 %	N ≤ 3	2,97 %	nicht definiert
50050	TKez: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	1,48	0,21	0,95	nicht definiert
222200	TKez: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus	-	N ≤ 3	1,08 %	nicht definiert
51838	TKez: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	N ≤ 3	3,35 %	1,77 %	nicht definiert
51843	TKez: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	0,65	1,76	0,86	nicht definiert
222201	TKez: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK	-	N ≤ 3	1,08 %	nicht definiert
51077	TKez: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	4,58 %	2,63	1,07	nicht definiert
50051	TKez: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	3,54	1,90	0,75	nicht definiert
51079	TKez: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	7,34 %	8,21 %	6,99 %	nicht definiert
50053	TKez: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	1,50	1,31	1,11	nicht definiert
51078	H TKez: höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	N ≤ 3	N ≤ 3	4,57 %	nicht definiert

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
50052	TKez: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	0,37	0,80	1,08	nicht definiert
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	1,13	1,05	1,00	≤ 1,79
50060	Nosokomiale Infektion	1,54	2,14	1,04	≤ 2,92
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	0,87	0,89	1,02	≤ 2,68
52262	Zunahme des Kopfumfangs	5,71 %	9,52 %	9,79 %	≤ 19,49 %
50063	Durchführung eines Hörtests	97,87 %	98,30 %	98,18 %	≥ 95,00 %
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	1,53	2,35	0,98	≤ 2,50
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	1,12	1,15	1,03	≤ 2,13
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	0,98 %	1,12 %	0,99 %	≤ 3,56 %
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	1,01 %	1,29 %	0,76 %	≤ 3,37 %
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	53,57 %	32,20 %	16,82 %	0,00 %
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	41,67 %	58,33 %	60,72 %	≤ 80,00 %
852001	Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	-	51,19 %	42,97 %	≤ 70,43 %
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	100,42 %	100,86 %	≥ 95,00 %
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,37 %	100,42 %	100,86 %	≤ 110,00 %
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	1,06 %	0,65 %	0,74 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 10 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
04-00	850206	52	6	11,54	≤ 3,56 %	ST	S99
08-03	50074	114	8	2,57	≤ 2,13	ST	U62
09-02	50074	12	1	2,28	≤ 2,13	ST	U62
09-02	850208	15	2	13,33 %	≤ 5,00 %	ST	U99
11-00	50060	98	1	3,13 %	≤ 2,92 %	ST	U62
13-01	51070	153	2	1,31 %	Sentinel Event	ST	U62
13-01	851813	28	16	0,57 %	0,00 %	ST	U99
17-01	50069	37	11	5,63	≤ 2,50	ST	S99
23-01	850208	17	7	41,18 %	≤ 5,00 %	ST	U99
24-01	50060	136	6	6,73 %	≤ 2,92 %	ST	U62
28-01	52262	10	2	20,00 %	≤ 19,49 %	ST	U62
28-01	50069	6	1	7,27	≤ 2,50	ST	U62
39-01	50060	79	3	7,28 %	≤ 2,92 %	ST	U62
39-01	50062	21	2	3,56	≤ 2,68	ST	U62
39-01	50074	83	7	2,48	≤ 2,13	ST	U99

2.9.3 Aktivitäten der Fachkommission

Die Sitzung, auf welcher die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 10.10.2023 für die Leistungsbereiche Geburtshilfe und Neonatologie in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

PM – GEB

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 10 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 8 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Ein Leistungserbringer wies für den planungsrelevanten Qualitätsindikator 1058 „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ eine statistische Auffälligkeit auf. Gemäß „Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ (plan. QI-RL) erfolgte in diesem Fall das Stellungnahmeverfahren durch das IQTIG.

Im Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wurde eine Bewertung als zureichend erteilt, sodass die Einleitung qualitätsfördernder Maßnahmen auf Landesebene nicht in Erwägung gezogen werden musste.

Auch für den planungsrelevanten Qualitätsindikator QI 318 „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ gab es ein statistisch auffälliges Ergebnis. Hier führte das IQTIG ebenfalls das Stellungnahmeverfahren durch.

Im Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wurde eine Bewertung als zureichend erteilt, sodass die Einleitung qualitätsfördernder Maßnahmen auf Landesebene nicht in Erwägung gezogen werden musste.

2.9.4 Empfehlungen der Fachkommission

Alle eingegangenen Erläuterungen von den Leistungserbringern zu angeschriebenen Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet, so dass sich keine weiteren Nachfragen ergaben.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung aller Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden.

2.10 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

2.10.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	270	270	100,00
01-02	241	241	100,00
02-01	253	253	100,00
04-00	182	186	102,20
05-00	236	225	95,34
06-01	562	561	99,82
06-02	12	12	100,00
08-01	238	238	100,00
08-02	101	101	100,00
08-03	403	403	100,00
09-01	115	115	100,00
09-02	63	63	100,00
11-00	243	243	100,00
12-00	166	166	100,00
13-01	772	771	99,87
13-02	12	12	100,00
14-00	413	428	103,63
15-00	317	302	95,27
16-00	366	366	100,00
17-01	333	333	100,00
21-00	165	165	100,00
22-00	44	44	100,00
23-01	489	491	100,41
23-02	5	5	100,00
24-01	369	370	102,17
25-00	2	2	100,00
26-00	12	12	100,00
27-00	249	249	100,00
28-01	214	216	100,93
28-02	67	67	100,00
29-00	85	85	100,00
30-01	308	315	102,27
30-02	204	210	102,94

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
30-04	14	14	100,00
32-00	67	77	114,93
35-01	34	34	100,00
35-02	43	43	100,00
36-00	31	33	106,45
39-01	265	266	100,38
42-00	297	298	100,34
44-00	279	281	100,72
49-00	157	157	100,00
50-01	108	110	101,85
50-02	122	122	100,00
60-00	60	63	105,00
61-00	9	9	100,00
62-01	5	5	100,00
63-00	4	4	100,00
64-01	12	12	100,00
65-00	31	31	100,00
66-00	38	38	100,00
67-03	14	14	100,00
69-00	91	91	100,00
70-00	1	0	0,00
71-00	5	8	160,00
72-01	9	9	100,00
Gesamt:	9.207	9.239	99,65

2.10.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/ Kategorie 1)	1,19	1,33	1,18	≤ 2,68
52326	TKez: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 2	0,41 %	0,45 %	0,36 %	nicht definiert
521801	TKez: Stationär erworbener 8Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 3	0,08 %	0,08 %	0,66	nicht definiert
521800	TKez: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/ Kategorie nicht näher bezeichnet	0,01 %	0,01	0,01	nicht definiert
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4	0,01 %	0,01	0,01	Sentinel Event
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1,19 %	1,25 %	0,72 %	≤ 3,51 %
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	-3,91 %	0,18 %	1,20 %	≤ 20,00 %
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	100,42 %	100,86 %	≥ 95,00 %
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,38 %	100,42 %	100,86 %	≤ 110,00 %
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,01	0,03	≤ 5,00 %
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	99,74 %	99,99 %	98,96 %	≥ 95,00 %
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	99,74 %	99,99 %	98,96 %	≤ 110,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 18 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	52010	8161	1	0,01	Sentinel Event	ST	U63
02-01	52010	12050	6	0,05	Sentinel Event	ST	U63
04-00	52010	9017	1	0,01	Sentinel Event	ST	U62
05-00	52009	1735	69	2,71	≤ 2,68	ST	U61
11-00	52010	14048	2	0,01	Sentinel Event	ST	U62
13-01	52009	30067	350	2,85	≤ 2,68	ST	U61
13-01	52010	30067	9	0,03	Sentinel Event	ST	U62
13-02	52009	1354	4	3,65	≤ 2,68	ST	U62
14-00	850359	428	36	8,41	≤ 3,51	ST	U99
14-00	52010	17858	1	0,01	Sentinel Event	ST	U99
15-00	52010	4694	1	0,02	Sentinel Event	ST	U63
23-01	52010	26885	2	0,01	Sentinel Event	ST	U62
24-01	52010	22749	6	0,03	Sentinel Event	ST	S99
28-02	52010	4514	1	0,02	Sentinel Event	ST	U62
30-01	52010	13171	4	0,03	Sentinel Event	ST	U62
30-02	52010	11616	1	0,01	Sentinel Event	ST	S99
30-04	52009	1533	8	3,28	≤ 2,68	ST	U61
32-00	850096	67	77	114,93	≤ 2,68	ST	U63
39-01	52010	14165	1	0,01	Sentinel Event	ST	U61
60-00	52010	476	1	0,21	Sentinel Event	ST	U63

2.10.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 20 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 18 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 24.08.2023 in Magdeburg in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

2.10.4 Empfehlungen der Fachkommission

Die eingegangenen Erläuterungen der Leistungserbringer zu angeschriebenen Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet. Drei Leistungserbringer mussten im Umlaufverfahren bewertet werden, da die Erläuterungen am Sitzungstag nicht vorlagen. Ein Leistungserbringer wurde nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Eine abschließende Bewertung der Fachkommission zu den nachgereichten Stellungnahmen erfolgte im Umlaufverfahren als plausibel.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung der Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden.

2.11 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Im Verfahren werden die Leistungsbereiche Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation, Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel und Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/-Explantation betrachtet.

2.11.1 Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

2.11.1.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	83	83	100,00
01-02	2	2	100,00
02-01	79	79	100,00
04-00	63	63	100,00
06-01	74	74	100,00
08-01	134	134	100,00
08-02	2	2	100,00
08-03	34	34	100,00
09-01	7	7	100,00
09-02	40	40	100,00
11-00	52	52	100,00
12-00	72	72	100,00
13-01	140	140	100,00
14-00	159	162	101,89
17-01	114	114	100,00
21-00	102	103	100,98
22-00	237	237	100,00
23-01	192	192	100,00
24-01	133	135	101,50
27-00	55	55	100,00
28-01	114	116	101,75
28-02	1	1	100,00
29-00	35	35	100,00
30-01	205	206	100,49
30-02	18	19	105,56
32-00	2	2	100,00
35-01	1	1	100,00

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
35-02	88	88	100,00
36-00	17	17	100,00
39-01	89	89	100,00
42-00	119	120	100,84
44-00	27	27	100,00
49-00	6	6	100,00
Gesamt:	2.496	2.507	100,44

2.11.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
101803	Leitlinienkonforme Indikation	97,76 %	96,46 %	96,25 %	≥ 90,00 %
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	99,59 %	99,52 %	99,61 %	≥ 90,00 %
54143	Systeme 3. Wahl	2,24 %	3,84 %	2,02 %	nicht definiert
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	90,22 %	91,51 %	88,55 %	≥ 60,00 %
101800	Dosis-Flächen-Produkt	0,94	0,96	0,87	≤ 3,11
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	95,02 %	95,44 %	95,12 %	≥ 90,00 %
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,65 %	1,12 %	0,91 %	≤ 2,60 %
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,41 %	1,16 %	1,28 %	≤ 3,00 %
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	90,62 %	89,78 %	50,73 %	nicht definiert
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,91	0,64	0,96	≤ 4,38
2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	-	0,00 %	0,02 %	nicht definiert
102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	95,24 %	100,00 %	96,75 %	nicht definiert
813070	Häufig führendes Symptom 'sonstiges'	0,76 %	0,60 %	0,76 %	≤ 3,20 %
813071	Häufig führende Indikation 'sonstiges'	0,92 %	0,68 %	0,83 %	≤ 3,70 %
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,00 %	100,08 %	99,72 %	≥ 95,00 %
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	100,44 %	100,55 %	≥ 95,00 %
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,15 %	100,44 %	100,55 %	≤ 110,00 %
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,20 %	0,13 %	≤ 5,00 %

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	-	99,56 %	99,35 %	nicht definiert
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	-	1,08	0,99	≤ 2,69
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	-	0,72	0,99	≤ 6,34

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 14 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
04-00	813070	63	3	4,76	≤ 3,20 %	ST	U63
06-01	52311	74	4	5,41	≤ 3,00 %	ST	U62
06-01	101801	74	3	4,05	≤ 2,60 %	ST	U62
08-03	813070	34	2	5,88	≤ 3,20 %	ST	U63
09-01	2194	4	1	6,29	≤ 2,69	ST	U62
09-02	813071	39	2	5,13	≤ 3,70 %	ST	U63
12-00	52305	257	230	89,49	≥ 90,00 %	ST	U62
21-00	101801	103	5	4,85	≤ 2,60 %	ST	U62
27-00	52305	208	180	86,54	≥ 90,00 %	ST	U63
27-00	52311	55	2	3,64	≤ 3,00 %	ST	U62
27-00	101801	55	2	3,64	≤ 2,60 %	ST	U62
30-02	52311	16	2	12,50	≤ 3,00 %	ST	U62
32-00	51191	2	1	6,66	≤ 4,38	ST	U61
32-00	101801	2	1	50,00	≤ 2,60 %	ST	U61
36-00	2194	25	5	5,42	≤ 2,69	ST	U62
39-01	101801	89	5	5,62	≤ 2,60 %	ST	U62
44-00	101801	27	1	3,70	≤ 2,60 %	ST	U63
44-00	101803	27	24	88,89	≥ 90,00 %	ST	U63
49-00	101800	6	4	8,06	≤ 3,11	ST	U62

2.11.2 Leistungsbereich Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSMDEF-HSM-AGGW)

2.11.2.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	3	3	100,00
02-01	10	10	100,00
04-00	5	5	100,00
06-01	32	32	100,00
08-01	21	21	100,00
08-02	1	1	100,00
08-03	2	2	100,00
09-01	4	4	100,00
09-02	10	10	100,00
11-00	17	17	100,00
12-00	5	5	100,00
13-01	9	9	100,00
14-00	84	89	105,95
16-00	3	3	100,00
17-01	38	39	102,63
21-00	18	19	105,56
22-00	37	37	100,00
23-01	11	11	100,00
24-01	60	60	100,00
27-00	29	29	100,00
28-01	8	8	100,00
29-00	8	8	100,00
30-01	48	52	108,33
30-02	1	1	100,00
35-02	25	25	100,00
36-00	11	11	100,00
39-01	2	2	100,00
42-00	24	25	104,17
44-00	8	8	100,00
49-00	16	16	100,00
50-02	11	11	100,00
Gesamt:	561	573	100,97

2.11.2.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	98,42 %	98,36 %	98,43 %	≥ 95,00 %
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,16 %	0,00 %	0,18 %	≤ 2,30 %
813073	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,49 %	102,01 %	101,29 %	≥ 95,00 %
850164	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	102,14 %	101,97 %	≥ 95,00 %
850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,97 %	102,14 %	101,97 %	≤ 110,00 %
850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,00 %	0,05 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 3 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	52307	22	19	86,36 %	≥ 95,00 %	ST	U63
08-03	52307	20	18	90,00 %	≥ 95,00 %	ST	U63
22-00	52307	171	162	94,74 %	≥ 95,00 %	ST	U63

2.11.3 Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation (HSMDEF-HSM-REV)

2.11.3.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	8	8	100,00
02-01	9	9	100,00
04-00	4	4	100,00
06-01	21	21	100,00
08-01	19	19	100,00
08-03	7	7	100,00
09-01	1	1	100,00
11-00	1	1	100,00
12-00	8	8	100,00
13-01	36	36	100,00
14-00	25	24	96,00
17-01	20	20	100,00
21-00	6	6	100,00
22-00	43	43	100,00
23-01	34	34	100,00
24-01	21	22	104,76
27-00	10	10	100,00
28-01	7	7	100,00
29-00	4	4	100,00
30-01	25	25	100,00
30-02	2	2	100,00
35-02	16	17	106,25
36-00	5	5	100,00
39-01	1	1	100,00
42-00	15	15	100,00
44-00	3	3	100,00
49-00	4	4	100,00
Gesamt:	355	356	100,28

2.11.3.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,55 %	N ≤ 3	1,06 %	≤ 3,10 %
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	1,18 %	0,00 %	0,78 %	≤ 3,00 %
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	2,03	1,87	1,20	≤ 7,25
850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	4,35 %	3,56 %	2,71 %	≤ 10,54 %
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	101,16 %	100,00 %	100,34 %	≥ 95,00 %
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	101,40 %	100,28 %	100,75 %	≥ 95,00 %
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	101,40 %	100,28 %	100,75 %	≤ 110,00 %
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,00 %	0,53 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 2 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	850339	7	2	28,57 %	≤ 10,54 %	ST	U63
22-00	51404	43	5	9,95	≤ 7,25	ST	U62

2.11.4 Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

2.11.4.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	26	26	100,00
02-01	7	7	100,00
04-00	15	15	100,00
06-01	17	17	100,00
08-01	32	32	100,00
11-00	29	29	100,00
12-00	19	19	100,00
13-01	49	49	100,00
14-00	25	25	100,00
17-01	33	33	100,00
21-00	17	17	100,00
22-00	66	66	100,00
23-01	68	68	100,00
24-01	52	52	100,00
27-00	8	8	100,00
28-01	34	35	102,94
29-00	7	7	100,00
30-01	40	40	100,00
35-02	52	53	101,92
39-01	11	11	100,00
42-00	36	36	100,00
44-00	5	6	120,00
Gesamt:	693	695	100,29

2.11.4.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
50055	Leitlinienkonforme Indikation	91,72 %	90,32 %	92,31 %	nicht definiert
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	96,65 %	97,06 %	97,72 %	≥ 90,00 %
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	94,60 %	94,03 %	91,85 %	≥ 60,00 %
131801	Dosis-Flächen-Produkt	0,84	0,72	0,72	≤ 2,35
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	95,72 %	96,58 %	96,17 %	≥ 90,00 %
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,15 %	N ≤ 3	0,87 %	≤ 2,50 %
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,39 %	N ≤ 3	0,89 %	≤ 3,00 %
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	93,37 %	93,63 %	50,74 %	nicht definiert
51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,18	0,96	1,17	≤ 6,48
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	95,05 %	93,10 %	95,95 %	nicht definiert
850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	0,73 %	1,69 %	0,65 %	≤ 3,45 %
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,15	100,48 %	99,58 %	≥ 95,00 %
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	100,46 %	100,63 %	≥ 95,00 %
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,29	100,46 %	100,63 %	≤ 110,00 %
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,00 %	0,06 %	≤ 5,00 %

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	-	99,23 %	99,22 %	nicht definiert
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	-	1,24	1,00	≤ 2,65 %
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	-	1,23	1,00	≤ 5,03 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 7 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	50005	26	18	69,23	≥ 90,00 %	ST	U63
01-01	131802	26	1	3,85	≤ 2,50 %	ST	U62
02-01	131801	6	5	7,69	≤ 2,35	ST	U63
02-01	52316	19	17	89,47	≥ 90,00 %	ST	U63
04-00	50005	14	11	78,57	≥ 90,00 %	ST	U63
04-00	52131	15	6	40,00	≥ 60,00 %	ST	U63
04-00	52316	46	39	84,78	≥ 90,00 %	ST	U63
04-00	51186	15	1	13,10	≤ 6,48	ST	U62
04-00	850313	15	3	20,00	≤ 3,45 %	ST	U63
12-00	131802	19	1	5,26	≤ 2,50 %	ST	U62
12-00	132002	22	1	7,10	≤ 5,03 %	ST	U62
12-00	850313	19	4	21,05	≤ 3,45 %	ST	U63
14-00	132001	16	4	6,72	≤ 2,65 %	ST	U62
21-00	131802	17	1	5,88	≤ 2,50 %	ST	U62
44-00	132002	1	1	1375,25	≤ 5,03 %	ST	U99

2.11.5 Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (HSMDEF-DEFI-AGGW)

2.11.5.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	5	5	100,00
02-01	29	29	100,00
04-00	2	2	100,00
06-01	21	21	100,00
08-01	3	3	100,00
11-00	14	14	100,00
12-00	2	2	100,00
13-01	14	14	100,00
14-00	33	33	100,00
17-01	21	21	100,00
21-00	18	18	100,00
22-00	38	38	100,00
23-01	47	47	100,00
24-01	17	17	100,00
27-00	12	12	100,00
28-01	21	21	100,00
29-00	4	4	100,00
30-01	26	26	100,00
35-02	15	15	100,00
39-01	25	25	100,00
42-00	7	7	100,00
44-00	2	2	100,00
50-02	4	4	100,00
Gesamt:	380	380	100,00

2.11.5.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	99,42 %	98,73 %	98,81 %	≥ 95,00 %
141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,32 %	N ≤ 3	0,19 %	≤ 3,80 %
851802	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	101,00 %	100,00 %	100,08 %	≥ 95,00 %
850196	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,96 %	100,00 %	100,83 %	≥ 95,00 %
850195	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,96 %	100,00 %	100,83 %	≤ 110,00 %
850221	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,00 %	0,01 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 4 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
04-00	52321	23	18	78,26 %	≥ 95,00 %	ST	U63
35-02	141800	15	1	6,67 %	≤ 3,80 %	ST	U62
39-01	141800	25	1	4,00 %	≤ 3,80 %	ST	U62
44-00	52321	11	10	90,91 %	≥ 95,00 %	ST	U63

2.11.6 Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/- Explantation (HSMDEF-DEFI-REV)

2.11.6.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	3	3	100,00
02-01	1	1	100,00
04-00	4	4	100,00
06-01	5	5	100,00
08-01	9	9	100,00
11-00	7	7	100,00
12-00	1	1	100,00
13-01	22	22	100,00
14-00	5	5	100,00
17-01	12	12	100,00
21-00	7	7	100,00
22-00	37	37	100,00
23-01	41	41	100,00
24-01	13	13	100,00
27-00	4	4	100,00
28-01	10	10	100,00
29-00	1	1	100,00
30-01	13	13	100,00
35-02	4	4	100,00
39-01	5	5	100,00
42-00	8	8	100,00
Gesamt:	212	212	100,00

2.11.6.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,35 %	N ≤ 3	1,33 %	≤ 2,90 %
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,93 %	0,00 %	0,54 %	≤ 3,00 %
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,14	N ≤ 3	1,05	≤ 5,13
851904	Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	17,36 %	12,32 %	11,06 %	≤ 23,84 %
581803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,73 %	100,00 %	100,20 %	≥ 95,00 %
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,70 %	100,00 %	100,97 %	≥ 95,00 %
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,70 %	100,00 %	100,97 %	≤ 110,00 %
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,47 %	0,26 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 4 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
08-01	851904	9	4	44,44 %	≤ 23,84 %	ST	U62
23-01	151800	41	2	4,88 %	≤ 2,90 %	ST	U62

2.11.7 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 45 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für den stationären Bereich, die wie folgt auf die jeweiligen Auswertungsmodule verteilt sind:

Modul	Anzahl Stellungnahmen	Anzahl Leistungserbringer
HSM-IMPL	19	14
HSM-AGGW	3	3
HSM-REV	2	2
DEFI-IMPL	15	7
DEFI-AGGW	4	4
DEFI-REV	2	4

Die konstituierende Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 11.10.2023 für die Leistungsbereiche Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation, Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel und Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/-Explantation in Magdeburg in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

2.11.8 Empfehlungen der Fachkommission

43 der eingegangenen Erläuterungen der angeschriebenen Leistungserbringer zu Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet, so dass sich keine weiteren Nachfragen ergaben.

Ein Leistungserbringer wurde nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Eine abschließende Bewertung der Fachkommission zur nachgereichten Stellungnahme erfolgte im Umlaufverfahren als plausibel.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung der Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden.

2.12 Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

Im Verfahren werden die Leistungsbereiche Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung und Hüftendoprothesenversorgung betrachtet.

2.12.1 Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

2.12.1.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	24	24	100,00
01-02	45	45	100,00
02-01	101	99	98,02
04-00	68	69	101,47
06-01	111	111	100,00
08-01	54	54	100,00
08-02	17	17	100,00
08-03	67	68	101,49
09-01	38	38	100,00
09-02	20	20	100,00
11-00	75	75	100,00
12-00	43	43	100,00
13-01	72	72	100,00
14-00	58	61	105,17
16-00	154	155	100,65
21-00	44	44	100,00
23-01	119	119	100,00
24-01	131	131	100,00
27-00	42	42	100,00
28-01	69	69	100,00
28-02	32	32	100,00
29-00	44	44	100,00
30-01	101	101	100,00
30-02	1	1	100,00
32-00	15	15	100,00
35-01	56	56	100,00
36-00	23	23	100,00
39-01	71	72	101,41

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
42-00	61	61	100,00
44-00	106	106	100,00
49-00	63	63	100,00
50-01	66	66	100,00
50-02	52	52	100,00
Gesamt:	2.043	2.048	100,24

2.12.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis-BU 2023	Referenzbereich
54030	Präoperative Verweildauer	12,49 %	13,53 %	9,83 %	≤ 15,00 %
54050	Sturzprophylaxe	97,10 %	96,99 %	97,35 %	≥ 90,00 %
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,59	1,33	1,02	≤ 2,22
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,73 %	1,71 %	1,89 %	≤ 6,35 %
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0,95	0,91	1,03	≤ 2,42
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0,99	1,10	1,07	nicht definiert
850147	Angabe von ASA 5	N ≤ 3	4 Fälle	34 Fälle	= 0,00
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	-	-	28 Fälle	= 0,00
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	33,33 %	60,87 %	43,96 %	≤ 50,00 %
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	100,24 %	101,06 %	≥ 95,00 %
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,35 %	100,24 %	101,06 %	≤ 110,00 %
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,06 %	0,20 %	0,13 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 17 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	54050	58	50	86,21 %	≥ 90,00 %	ST	U63
02-01	54030	99	15	15,15 %	≤ 15,00 %	ST	U62
02-01	850147	99	1	0,01	= 0,00	ST	U99
06-01	54030	111	20	18,02 %	≤ 15,00 %	ST	U62
06-01	850149	3	3	100,00 %	≤ 50,00 %	ST	U99
08-01	850147	53	1	0,02	= 0,00	ST	U99
09-01	54030	31	5	16,13 %	≤ 15,00 %	ST	U62
11-00	54030	75	23	30,67 %	≤ 15,00 %	ST	A71
12-00	54033	39	18	2,53	≤ 2,22	ST	U62
12-00	54042	43	9	2,82	≤ 2,42	ST	U62
13-01	54030	71	22	30,99 %	≤ 15,00 %	ST	U62
13-01	54029	72	5	6,94 %	≤ 6,35 %	ST	U62
14-00	54033	46	21	2,30	≤ 2,22	ST	U62
16-00	54030	155	31	20,00 %	≤ 15,00 %	ST	U61
21-00	54029	44	3	6,82 %	≤ 6,35 %	ST	U62
24-01	54030	130	25	19,23 %	≤ 15,00 %	ST	U62
24-01	54033	100	48	3,17	≤ 2,22	ST	S99
29-00	850147	44	1	0,02	= 0,00	ST	U99
30-01	54030	102	16	15,69 %	≤ 15,00 %	ST	U62
32-00	54029	15	1	6,67 %	≤ 6,35 %	ST	U62
39-01	850147	72	1	0,01	= 0,00	ST	U99
49-00	54030	58	50	86,21 %	≥ 90,00 %	ST	U62
49-00	54033	99	15	15,15 %	≤ 15,00 %	ST	U63

2.12.2 Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

2.12.2.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	69	69	100,00
01-02	59	59	100,00
02-01	170	169	99,41
04-00	104	102	98,08
06-01	307	307	100,00
08-01	107	107	100,00
08-02	35	35	100,00
08-03	101	101	100,00
09-01	137	137	100,00
09-02	69	69	100,00
11-00	243	243	100,00
12-00	54	54	100,00
13-01	294	294	100,00
14-00	448	453	101,12
15-00	72	72	100,00
16-00	238	239	100,42
21-00	178	178	100,00
23-01	263	264	100,38
24-01	139	139	100,00
25-00	236	236	100,00
26-00	232	232	100,00
27-00	543	543	100,00
28-01	245	247	100,82
28-02	63	63	100,00
29-00	211	211	100,00
30-01	182	183	100,55
30-02	2	3	150,00
32-00	184	184	100,00
35-01	123	124	100,81
35-02	3	2	66,67
36-00	45	46	102,22
39-01	187	188	100,53
42-00	166	172	103,61
44-00	213	213	100,00

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
49-00	186	186	100,00
50-01	211	211	100,00
50-02	166	166	100,00
Gesamt:	6.285	6.301	100,27

2.12.3 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	96,62 %	96,20 %	97,67 %	≥ 90,00 %
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	92,42 %	88,25 %	91,85 %	≥ 86,00 %
54003	Präoperative Verweildauer	14,87 %	14,81 %	9,27 %	≤ 15,00 %
54004	Sturzprophylaxe	94,09 %	95,58 %	96,97 %	≥ 90,00 %
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,09	0,95	1,01	≤ 2,25
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2,34 %	2,21 %	1,36 %	≤ 5,77 %
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	8,58 %	7,33 %	7,84 %	≤ 20,00 %
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	5,27 %	4,47 %	4,53 %	≤ 11,63 %
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2,57 %	3,02 %	2,27 %	≤ 8,01 %
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0,97	0,92	1,02	≤ 2,02
54010	Beweglichkeit bei Entlassung	94,94 %	95,53 %	97,00 %	nicht definiert
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,61	1,49	1,02	≤ 2,42
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0,00 %	0,12 %	0,05 %	Sentinel Event
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,19	1,19	1,07	nicht definiert
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	-	0,90	0,83	≤ 2,27
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	27,06 %	30,34 %	24,53 %	≤ 50,00 %
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	28,07 %	15,38 %	18,53 %	≤ 30,00 %

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	9 Fälle	7 Fälle	327 Fälle	≤ 2
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	56,51 %	62,59 %	65,28 %	≤ 90,00 %
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	10 Fälle	11 Fälle	214 Fälle	= 0,00
852102	Angabe von ASA 5	N ≤ 3	N ≤ 3	57 Fälle	= 0,00
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	99,92 %	99,97 %	100,44 %	≥ 95,00 %
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,14 %	-	-	-
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	100,14 %	100,17 %	100,55 %	≥ 95,00 %
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	100,14 %	100,17 %	100,55 %	≤ 110,00 %
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	100,86 %	101,05 %	100,86 %	≥ 95,00 %
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	100,86 %	101,05 %	100,86 %	≤ 110,00 %
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,06 %	0,06 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 27 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	54001	53	41	77,36 %	≥ 90,00 %	ST	U63
01-01	54002	6	5	83,33 %	≥ 86,00 %	ST	U63
01-01	54004	108	75	69,44 %	≥ 90,00 %	ST	U63
01-01	54012	99	28	3,19	≤ 2,42	ST	U63
01-02	54012	2	1	4,75	≤ 2,42	ST	U63
02-01	54001	74	63	85,14 %	≥ 90,00 %	ST	U63
02-01	54003	87	17	19,54 %	≤ 15,00 %	ST	U62
02-01	54013	68	1	1,47 %	≤ 0,00 %	ST	U62
04-00	54003	34	10	29,41 %	≤ 15,00 %	ST	S92

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
08-01	54002	7	6	85,71 %	≥ 86,00 %	ST	U63
08-01	54003	47	9	19,15 %	≤ 15,00 %	ST	U62
08-01	54004	88	73	82,95 %	≥ 90,00 %	ST	S92
08-02	54002	2	1	50,00 %	≥ 86,00 %	ST	U63
08-02	10271	45	2	2,43	≤ 2,27	ST	U62
08-03	54002	3	2	66,67 %	≥ 86,00 %	ST	U63
09-01	54002	5	4	80,00 %	≥ 86,00 %	ST	U63
09-01	54003	32	6	18,75 %	≤ 15,00 %	ST	U62
09-02	54003	29	6	20,69 %	≤ 15,00 %	ST	U62
11-00	54001	159	142	89,31 %	≥ 90,00 %	ST	U63
11-00	54002	19	11	57,89 %	≥ 86,00 %	ST	U63
11-00	54003	72	24	33,33 %	≤ 15,00 %	ST	A71
11-00	851907	5	4	0,80	= 0,00	ST	U99
12-00	54002	4	3	75,00 %	≥ 86,00 %	ST	U62
12-00	54015	36	12	3,13	≤ 2,25	ST	U62
12-00	54019	14	2	14,29 %	≤ 8,01 %	ST	U62
12-00	54120	4	1	2,75	≤ 2,02	ST	U63
12-00	54012	48	13	2,57	≤ 2,42	ST	U62
13-01	54003	97	22	22,68 %	≤ 15,00 %	ST	U62
13-01	54120	37	11	2,65	≤ 2,02	ST	U62
13-01	850152	7	5	71,43 %	≤ 50,00 %	ST	U99
13-01	851907	6	3	0,50	= 0,00	ST	U99
14-00	850152	5	3	60,00 %	≤ 50,00 %	ST	U99
15-00	54004	48	43	89,58 %	≥ 90,00 %	ST	U62
15-00	54120	1	1	11,21	≤ 2,02	ST	U62
15-00	10271	82	3	3,04	≤ 2,27	ST	U62
16-00	54019	68	7	10,29 %	≤ 8,01 %	ST	U62
16-00	850151	6	2	33,33 %	≤ 30,00 %	ST	U99
21-00	54002	6	4	66,67 %	≥ 86,00 %	ST	U63
21-00	54016	138	12	8,70 %	≤ 5,77 %	ST	U62
21-00	54013	113	1	0,88 %	≤ 0 %	ST	U62
21-00	851907	3	2	0,67	= 0	ST	U99
24-01	54002	4	3	75,00 %	≥ 86 %	ST	U63
24-01	54003	87	20	22,99 %	≤ 15 %	ST	U62
26-00	54013	211	1	0,47 %	≤ 0 %	ST	U62

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
27-00	54004	403	342	84,86 %	≥ 90 %	ST	U63
29-00	54002	4	2	50,00 %	≥ 86 %	ST	U62
29-00	850376	203	191	94,09 %	≥ 95 %	ST	U99
30-01	54003	132	24	18,18 %	≤ 15 %	ST	U62
30-01	850276	18	17	94,44 %	≥ 95 %	ST	U99
32-00	54012	169	9	2,90	≤ 2,42	ST	U62
35-01	54002	9	7	77,78 %	≥ 86 %	ST	U62
35-01	54017	9	2	22,22 %	≤ 20 %	ST	U62
35-01	54013	42	1	2,38 %	≤ 0 %	ST	U62
36-00	54003	26	6	23,08 %	≤ 15 %	ST	U62
36-00	54019	20	2	10,00 %	≤ 8,01 %	ST	U62
42-00	54002	12	10	83,33 %	≥ 86 %	ST	U63
42-00	54018	62	8	12,90 %	≤ 11,63 %	ST	U62
49-00	54003	65	13	20,00 %	≤ 15 %	ST	U62
49-00	54012	138	26	4,23	≤ 2,42	ST	U62
50-01	54012	203	30	2,65	≤ 2,42	ST	U62

2.12.4 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 83 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer des stationären Bereiches, die wie folgt auf die jeweiligen Auswertungsmodule verteilt sind:

Modul	Anzahl Stellungnahmen	Anzahl Leistungserbringer
HGV-OSFRAK	23	17
HGV-HEP	60	27

Die erste Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 29.08.2023 in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt. Auf einer zweiten Sitzung am 24.10.2023 konnten angeforderte Ergänzungen zu vorliegenden Stellungnahmen abschließend bewertet werden.

Ein Leistungserbringer wurde zu einem Gespräch im Rahmen des mehrstufigen Stellungnahmeverfahrens eingeladen, da über zwei Jahre hinweg Abweichungen vom Referenzbereich bezüglich der Qualitätsindikatoren 54003 „Präoperative Verweildauer“ im Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung (QS HGV-HEP) und 54030 „Präoperative Verweildauer“ im Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (QS HGV-OSFRAK) vorlagen.

2.12.5 Empfehlungen der Fachkommission

Im Verlauf von zwei Sitzungen konnten die abgeforderten Stellungnahmen als plausibel bewertet werden, so dass sich keine weiteren Nachfragen ergaben.

Das Gespräch im Rahmen des mehrstufigen Stellungnahmeverfahrens erbrachte einen Konsens bezüglich des zukünftigen Vorgehens in der Einrichtung. Eine SOP zum Umgang mit Patienten mit gerinnungshemmender Medikation wurde zwischenzeitlich auch vor dem Hintergrund der Erfordernisse der „Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahe Femurfraktur“ des Gemeinsamen Bundesausschusses erarbeitet und zum Gesprächstermin nachgewiesen. Die Optimierung des Operationssaalmanagements wurde zusammen mit der Verwaltung der Einrichtung in Angriff genommen. Ebenso wurde die regelhafte präoperative Hinzuziehung des im Hause tätigen geriatrischen Internisten besprochen.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung der Stellungnahmen nicht empfohlen, sodass ein Abschluss des Stellungnahmeverfahrens erfolgen konnte.

2.13 Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

2.13.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2023 aus.

Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	81	81	100,00
01-02	4	4	100,00
02-01	97	92	94,85
04-00	62	62	100,00
06-01	190	190	100,00
08-01	82	82	100,00
08-02	37	37	100,00
08-03	114	114	100,00
09-01	136	136	100,00
09-02	26	26	100,00
11-00	128	128	100,00
12-00	7	7	100,00
13-01	204	204	100,00
14-00	288	288	100,00
15-00	265	265	100,00
16-00	108	109	100,93
21-00	159	159	100,00
23-01	222	222	100,00
24-01	42	42	100,00
25-00	396	396	100,00
26-00	292	292	100,00
27-00	542	541	99,82
28-01	205	207	100,98
28-02	114	114	100,00
29-00	165	165	100,00
30-01	86	87	101,16
32-00	178	178	100,00
35-01	106	107	100,94
35-02	1	0	0,00
36-00	52	52	100,00
39-01	96	96	100,00
42-00	127	131	103,15
44-00	153	153	100,00
49-00	117	118	100,85

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
50-01	235	235	100,00
50-02	147	147	100,00
Gesamt:	5.264	5.267	100,06

2.13.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2023 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2022 und 2023 (ST 2022, ST 2023) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis-BU 2023	Referenzbereich
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	97,08 %	96,60 %	98,12 %	≥ 90,00 %
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	95,26 %	91,54 %	97,42 %	≥ 90,00 %
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	90,30 %	91,65 %	92,44 %	≥ 86,00 %
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	1,77 %	1,62 %	1,02 %	≤ 4,26 %
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,92 %	4,09 %	3,33 %	≤ 11,32 %
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	0,86 %	0,72 %	0,88 %	≤ 3,71 %
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	5,12 %	6,55 %	4,18 %	≤ 14,11 %
54026	Beweglichkeit bei Entlassung	94,31 %	92,05 %	92,07 %	nicht definiert
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,68	1,34	1,13	≤ 5,19
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel	0,07 %	0,09 %	0,04 %	Sentinel Event
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	-	99,76 %	99,80 %	≥ 98,81 %
850306	Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Erstimplantationen	0,18 %	0,23 %	0,31 %	≤ 5,00 %
850307	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	62,07 %	60,00 %	36,49 %	≤ 50,00 %
850336	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	N ≤ 3	5 Fälle	114 Fälle	≤ 1
851908	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	65,78 %	69,49 %	78,87 %	< 100,00 %
851910	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	6 Fälle	N ≤ 3	39 Fälle	= 0
850375	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	99,85 %	99,92 %	100,36 %	≥ 95,00 %

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis-BU 2023	Referenzbereich
850349	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,12 %	-	-	-
850344	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	100,08 %	99,90 %	100,46 %	≥ 95,00 %
850345	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	100,08 %	99,90 %	100,46 %	≤ 110,00 %
850346	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	101,94 %	101,61 %	101,07 %	≥ 95,00 %
850347	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	101,94 %	101,61 %	101,07 %	≤ 110,00 %
850370	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,02 %	0,07 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 21 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	54020	77	47	61,04 %	≥ 90,00 %	ST	U63
01-01	54021	1	0	0,00 %	≥ 90,00 %	ST	U63
01-01	54022	7	5	71,43 %	≥ 86,00 %	ST	U62
01-01	54125	7	2	28,57 %	≤ 14,11 %	ST	U62
01-01	54028	80	3	7,65	≤ 5,19	ST	U61
02-01	54020	90	80	88,89 %	≥ 90,00 %	ST	U63
02-01	50481	2	1	50,00 %	≤ 11,32 %	ST	U62
02-01	850375	95	90	94,74 %	≥ 95,00 %	ST	U63
08-01	54020	76	68	89,47 %	≥ 90,00 %	ST	U63
08-03	54021	23	20	86,96 %	≥ 90,00 %	ST	U63
08-03	54127	110	1	0,91 %	≤ 0,00 %	ST	U62
09-01	54021	22	15	68,18 %	≥ 90,00 %	ST	U62
09-02	54124	26	1	3,85 %	≤ 3,71 %	ST	U62
11-00	54021	16	13	81,25 %	≥ 90,00 %	ST	U62
11-00	851910	1	1	1,00	= 0,00	ST	U63
12-00	54021	5	1	20,00 %	≥ 90,00 %	ST	U62
12-00	54125	2	1	50,00 %	≤ 14,11 %	ST	U62
14-00	54022	21	18	85,71 %	≥ 86,00 %	ST	U63

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
15-00	54021	8	7	87,50 %	≥ 90,00 %	ST	U62
16-00	54127	86	1	1,16 %	≤ 0,00 %	ST	U62
21-00	54123	157	7	4,46 %	≤ 4,26 %	ST	U62
21-00	851910	1	1	1,00	= 0,00	ST	U63
24-01	54022	3	2	66,67 %	≥ 86,00 %	ST	U63
24-01	50481	3	1	33,33 %	≤ 11,32 %	ST	U62
25-00	850347	15	20	133,33 %	≤ 110,00 %	ST	U63
27-00	54021	32	26	81,25 %	≥ 90,00 %	ST	U63
28-01	54125	15	4	26,67 %	≤ 14,11 %	ST	U62
32-00	54021	7	6	85,71 %	≥ 90,00 %	ST	U62
32-00	54022	9	6	66,67 %	≥ 86,00 %	ST	U63
42-00	54022	9	6	66,67 %	≥ 86,00 %	ST	U63
42-00	54127	114	1	0,88 %	≤ 0,00 %	ST	U62
44-00	54021	21	15	71,43 %	≥ 90,00 %	ST	U63
44-00	54022	5	4	80,00 %	≥ 86,00 %	ST	U62
44-00	54125	5	2	40,00 %	≤ 14,11 %	ST	U62
44-00	54127	139	1	0,72 %	≤ 0,00 %	ST	U62
49-00	54028	113	3	5,43	≤ 5,19	ST	U62
50-02	54123	142	10	7,04 %	≤ 4,26 %	ST	U62

2.13.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 37 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 21 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 17.08.2023 in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

2.13.4 Empfehlungen der Fachkommission

35 der eingegangenen Erläuterungen der angeschriebenen Leistungserbringer zu Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion als plausibel bewertet, so dass sich keine weiteren Nachfragen ergaben.

Zwei Leistungserbringer wurden nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Eine abschließende Bewertung der Fachkommission zu den nachgereichten Stellungnahmen erfolgte im Umlaufverfahren als plausibel.

Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung der Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 abgeschlossen werden.

3 Weitere Tätigkeiten der Geschäftsstelle

- Unterstützung des Lenkungsgremiums
- Unterstützung der Fachkommissionen
- Erstellung von Haushaltsplan 2025 und Nachweis der Mittelverwendung 2023
- Erstellung Tätigkeitsbericht 2023 für LAG
- Erstellung Geschäftsbericht 2023 für GBA
- Kontinuierliche Sichtung der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA und Information der Leistungserbringer
- Aufarbeitung der vom IQTIG zur Verfügung gestellten Ergebnistabellen, Spezifikationen und weiterer Informationen
- Inhaltlicher und organisatorischer Support der Einrichtungen zu den Verfahren
- Depseudonymisierung und Weiterleitung der quartalsweisen und Jahres-Rückmeldeberichte des IQTIG
- Erstellen und Übermitteln des elektronischen Qualitätssicherungsberichts nach vorgegebener Spezifikation
- Übernahme der Datenannahme der stationären /ambulant am Krankenhaus erbrachten dokumentierten Leistungen (Datensätze_LKG) bzw. Koordination derselben mit externem Dienstleister
- Organisatorischer Support der Einrichtungen bezüglich des Datenexports
- Teilnahme an Treffen der Geschäftsstellen auf Landesebene
- Zusammenarbeit mit Gremien und Institutionen auf Bundesebene (IQTIG und Bundesfachgruppen)
- Teilnahme an LAG-IQTIG-Treffen und diversen Workshops
- Pflege der Homepage der LAG zur Erleichterung der Informationssuche für die Leistungserbringer und Information der interessierten Öffentlichkeit (<https://www.eqs-sachsen-anhalt.de/>)