

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

**Geschäftsbericht der  
Geschäftsstelle der LAG Sachsen-Anhalt  
des Auswertungsjahres 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 .....	19
2.2.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	39
2.2.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	39
2.3	Cholezystektomie (QS CHE).....	40
2.3.1	Datengrundlage .....	40
2.3.2	Ergebnisse .....	41
2.3.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	43
2.3.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	43
2.4	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).....	44
2.4.1	Leistungsbereich Dialyse (NET-DIAL).....	44
2.4.1.1	Datengrundlage .....	44
2.4.1.2	Ergebnisse .....	46
2.4.2	Aktivitäten der Fachkommission .....	53
2.4.3	Empfehlungen der Fachkommission .....	53
2.5	Karotis-Revaskularisation (QS-KAROTIS).....	54
2.5.1	Datengrundlage .....	54
2.5.2	Ergebnisse .....	55
2.5.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	58
2.5.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	58
2.6	Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP).....	59
2.6.1	Datengrundlage .....	59
2.6.2	Ergebnisse .....	61
2.6.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	64
2.6.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	64
2.7	Mammachirurgie (QS MC) .....	65
2.7.1	Datengrundlage .....	65
2.7.2	Ergebnisse .....	66
2.7.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	69
2.7.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	69

2.8	Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP).....	70
2.8.1	Datengrundlage .....	70
2.8.2	Ergebnisse .....	71
2.8.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	73
2.8.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	73
2.9	Perinatalmedizin (QS PM).....	74
2.9.1	Leistungsbereich Geburtshilfe (PM-GEBH).....	74
2.9.1.1	Datengrundlage .....	74
2.9.1.2	Ergebnisse .....	75
2.9.2	Leistungsbereich Neonatologie (PM-NEO) .....	77
2.9.2.1	Datengrundlage .....	77
2.9.2.2	Ergebnisse .....	78
2.9.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	81
2.9.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	81
2.10	Dekubitusprophylaxe (QS DEK).....	82
2.10.1	Datengrundlage .....	82
2.10.2	Ergebnisse .....	84
2.10.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	86
2.10.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	86
2.11	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) .....	87
2.11.1	Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL).....	87
2.11.1.1	Datengrundlage .....	87
2.11.1.2	Ergebnisse .....	89
2.11.2	Leistungsbereich Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSMDEF-HSM-AGGW).....	91
2.11.2.1	Datengrundlage .....	91
2.11.2.2	Ergebnisse .....	92
2.11.3	Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV) .....	93
2.11.3.1	Datengrundlage .....	93
2.11.3.2	Ergebnisse .....	94
2.11.4	Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL) .....	95
2.11.4.1	Datengrundlage .....	95
2.11.4.2	Ergebnisse .....	96
2.11.5	Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (HSMDEF-DEFI-AGGW)	98
2.11.5.1	Datengrundlage .....	98
2.11.5.2	Ergebnisse .....	99
2.11.6	Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-DEFI-REV) .....	100
2.11.6.1	Datengrundlage .....	100
2.11.6.2	Ergebnisse .....	101
2.11.7	Aktivitäten der Fachkommission .....	102
2.11.8	Empfehlungen der Fachkommission .....	102
2.12	Hüftgelenkversorgung (QS HGV).....	103

2.12.1	Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) .....	103
2.12.1.1	Datengrundlage .....	103
2.12.1.2	Ergebnisse .....	104
2.12.2	Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP) .....	106
2.12.2.1	Datengrundlage .....	106
2.12.2.2	Ergebnisse .....	108
2.12.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	111
2.12.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	112
2.13	Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) .....	113
2.13.1.1	Datengrundlage .....	113
2.13.1.2	Ergebnisse .....	114
2.13.2	Aktivitäten der Fachkommission .....	115
2.13.3	Empfehlungen der Fachkommission .....	115
3	Weitere Tätigkeiten der Geschäftsstelle .....	116

# 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 2024 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.

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.

Für Leistungserbringer 50 wurde das Stellungnahmeverfahren nach Information der LAG aufgrund unvollständiger Datenlage infolge eines schwerwiegenden IT-Vorfalls ausgesetzt.

## 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	704	760	107,95
01-02	3	3	100,00
02-01	1.128	1.134	100,53
04-00	61	785	1.286,89
06-01	822	827	100,61
08-01	1.048	1.048	100,00
08-03	16	18	112,50
09-01	2	2	100,00
09-02	619	620	100,16
11-00	764	809	105,89
12-00	849	863	101,65
13-01	1.041	1.099	105,57
13-02	0	6	-
14-00	987	997	101,01
17-01	1.083	1.084	100,09
21-00	1.024	1.024	100,00
22-00	1.750	1.689	96,51
23-01	1.682	1.688	100,36
24-01	1.192	1.209	101,43
27-00	764	766	100,26
28-01	1.156	1.208	104,50
28-02	6	6	100,00
29-00	635	636	100,16
30-01	1.468	1.469	100,07
30-02	35	35	100,00
32-00	1	1	100,00
35-01	7	6	85,71
35-02	973	990	101,75
39-01	1.224	1.760	143,79
39-02	0	6	-
42-00	1.010	1.078	106,73
44-00	849	914	107,66

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
49-00	1	1	100,00
50-01	34	109	320,59
50-02	0	2	-
KV001	122	112	91,80
KV002	47	0	0,00
KV003	12	0	0,00
<b>Gesamt:</b>	<b>23.119</b>	<b>24.764</b>	<b>107,12</b>

## 2.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	77,43 %	77,72 %	68,72 %	≥ 47,98 %
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund	25,67 %	26,95 %	25,98 %	nicht definiert
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	72,95 %	76,83 %	79,67 %	≥ 73,47 %
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	3,75 %	1,76 %	1,85 %	≤ 3,57 %
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800cGy x cm <sup>2</sup>	0,78	0,80	0,92	≤ 1,34
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	0,91	0,89	0,95	≤ 1,17
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	0,89	0,86	0,92	≤ 1,27
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	0,23 %	0,20 %	0,19 %	≤ 0,14 %
56009	Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien	-	63,57 ml	71,89 ml	nicht definiert
56010	Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI	-	138,57 ml	142,03 ml	nicht definiert
56011	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI	-	152,16 ml	162,75 ml	nicht definiert
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	92,86 %	94,49 %	95,01 %	≥ 94,19 %
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	94,50 %	94,01 %	95,50 %	nicht definiert

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
852103	Angabe EF „unbekannt“	-	3,30 %	5,30 %	≤ 17,01 %
852104	Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie	1,39 %	1,15 %	1,30 %	nicht definiert
852105	Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“	0,14 %	0,06 %	0,25 %	≤ 1,32 %
852106	Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“	0,93 %	0,43 %	0,50 %	≤ 1,98 %
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	101,28 %	107,12 %	101,77 %	≥ 95,00 %
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	101,28 %	107,12 %	101,77 %	≤ 110,00 %
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,03 %	0,06 %	0,05 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren und zugeordneter Indexeingriffe aus dem Auswertungsjahr 2023 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 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	0,48	0,80	0,97	≤ 1,07
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	0,98	0,94	0,98	≤ 1,03
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	1,03	1,08	1,04	≤ 1,32
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	1,32	1,08	0,99	≤ 1,10
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	1,26	1,31	0,93	nicht definiert
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	1,02	0,98	0,91	nicht definiert

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 16 stationärer und 3 ambulanter Leistungserbringer zu entnehmen.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenzbereich</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Bewertung</b>
02-01	56014	43	37	86,05 %	≥ 94,19 %	ST	U62
04-00	56003	4	1	25,00 %	≥ 73,47 %	ST	U63
04-00	56008	818	6	0,73 %	≤ 0,14 %	ST	U63
04-00	852208	61	785	1.286,89 %	≤ 110,00 %	ST	S99
06-01	56008	842	4	0,48 %	≤ 0,14 %	ST	U62
08-01	56008	1.071	11	1,03 %	≤ 0,14 %	ST	U63
13-02	852103	9	2	22,22 %	≤ 17,01 %	ST	U62
14-00	56020 <sup>1</sup>	273	21	2,71	≤ 1,32	ST	U62
14-00	56022 <sup>1</sup>	34	20	4,60	≤ 1,10	ST	U62
17-02	56018 <sup>1</sup>	2	1	17,60	≤ 1,03	ST	U62
22-00	56006	62	416.800	1,65	≤ 1,18	ST	U99
22-00	56008	1.766	8	0,45 %	≤ 0,14 %	ST	U63
27-00	56014	25	20	80,00 %	≥ 94,19 %	ST	U62
29-00	56007	240	1.214.884	1,44	≤ 1,27	ST	U99
30-01	56003	60	33	55,00 %	≥ 73,47 %	ST	U99
30-02	56012 <sup>1</sup>	10	1	16,34	≤ 1,07	ST	U62
30-02	56018 <sup>1</sup>	7	2	11,28	≤ 1,03	ST	U62
35-01	852201	7	6	85,71 %	≥ 95,00 %	ST	U63
39-01	56003	44	24	54,55 %	≥ 73,47 %	ST	U99
39-01	852208	1.224	1.760	143,79 %	≤ 110,00 %	ST	S99
44-00	852103	911	246	27,00 %	≤ 17,01 %	ST	U99
50-01	852208	34	109	320,59 %	≤ 110,00 %	-	S99
KV001	852201	122	112	91,80 %	≥ 95,00 %	ST	S99
KV002	852201	47	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST	S99
KV003	852201	12	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST	S99

<sup>1</sup> Sozialdatenbasierter Qualitätsindikator aus dem Auswertungsjahr 2023

### **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 24 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 16 Leistungserbringer aus dem stationären und drei Leistungserbringern aus dem ambulanten Bereich.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 19.08.2024 in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

### **2.1.4 Empfehlungen der Fachkommission**

Alle 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.

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 2024 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.

### 2.2.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2024 für die einrichtungsbezogenen Indikatoren aus. Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

#### Hygiene- und Infektionsmanagement

##### Ambulant

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

KH-/KV-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
A-KH 02-01	1	0	0,00
A-KH 02-02			
A-KH 04-00	1	0	0,00
A-KH 06-01	1	1	100,00
A-KH 06-02			
A-KH 08-01			
A-KH 08-02	1	1	100,00
A-KH 08-03			
A-KH 09-01	1	1	100,00
A-KH 09-02			
A-KH 16-00	1	1	100,00
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 24-01	1	1	100,00
A-KH 24-02			
A-KH 25-00	1	1	100,00
A-KH 26-00	1	1	100,00
A-KH 27-00	1	1	100,00

<b>KH-/ KV-Nummer</b>	<b>erwartet</b>	<b>geliefert</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
A-KH 29-00	1	0	0,00
A-KH 30-01	1	1	100,00
A-KH 30-02			
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 42-00	1	1	100,00
A-KH 44-00	1	1	100,00
KV001	1	0	0,00
KV002	1	1	100,00
KV003	1	0	0,00
KV004	1	1	100,00
KV005	1	1	100,00
KV006	1	0	0,00
KV007	1	0	0,00
KV008	1	0	0,00
KV009	1	1	100,00
KV010	1	1	100,00
KV011	1	1	100,00
KV012	1	1	100,00
KV013	1	1	100,00
KV014	1	1	100,00
KV015	1	1	100,00
KV016	1	1	100,00
KV017	1	1	100,00
KV018	1	1	100,00
KV019	1	1	100,00
KV020	1	1	100,00
KV021	1	1	100,00
KV024	1	1	100,00
KV026	1	0	0,00
KV028	1	1	100,00
KV029	1	1	100,00
KV031	1	1	100,00
KV033	1	1	100,00
KV034	1	1	100,00
KV035	1	1	100,00
KV036	1	1	100,00
KV038	1	0	0,00
KV039	1	1	100,00

KH-/KV-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
KV040	1	1	100,00
KV041	1	0	0,00
KV042	1	1	100,00
KV043	1	1	100,00
KV044	1	1	100,00
KV045	1	1	100,00
KV046	1	1	100,00
KV047	1	0	0,00
KV048	1	1	100,00
KV049	1	1	100,00
KV050	1	1	100,00
KV051	1	1	100,00
KV052	1	1	100,00
KV054	1	1	100,00
KV055	1	1	100,00
KV056	1	0	0,00
KV057	1	1	100,00
KV058	1	1	100,00
KV061	1	0	0,00
KV062	1	0	0,00
KV063	1	0	0,00
KV065	1	0	0,00
KV066	1	0	0,00
KV069	1	1	100,00
KV070	1	0	0,00
KV071	1	1	100,00
KV072	1	1	100,00
KV073	1	1	100,00
KV077	1	1	100,00
KV078	1	0	0,00
KV084	1	0	0,00
KV085	1	1	100,00
KV086	1	1	100,00
KV087	1	1	100,00
KV090	1	0	0,00
KV091	1	1	100,00
KV094	1	1	100,00
KV095	1	0	0,00
KV096	1	0	0,00
KV097	1	1	100,00
KV099	1	1	100,00

KH-/KV-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
KV0101	1	0	0,00
KV102	1	0	0,00
KV103	1	0	0,00
KV104	1	1	100,00
KV106	1	1	100,00
KV107	1	1	100,00
KV108	1	0	0,00
KV111	1	1	100,00
KV113	1	0	0,00
KV114	1	1	100,00
KV116	1	1	100,00
KV117	1	1	100,00
KV118	1	1	100,00
KV119	1	1	100,00
KV120	1	1	100,00
KV121	1	1	100,00
KV122	1	1	100,00
KV123	1	0	0,00
KV124	1	0	0,00
KV125	1	0	0,00
KV126	1	0	0,00
KV127	1	0	0,00
KV128	1	0	0,00
<b>Gesamt:</b>	<b>115</b>	<b>80</b>	<b>69,57</b>

### stationär

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01			
01-02	1	1	100,00
02-01			
02-02	1	0	0,00
04-00	1	1	100,00
06-01			
06-02	1	1	100,00
08-01			
08-02	1	1	100,00
08-03			
09-01			
09-02	1	1	100,00
11-00	1	1	100,00

<b>KH-Nummer</b>	<b>erwartet</b>	<b>geliefert</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
12-00	1	1	100,00
13-01			
13-02	1	1	100,00
15-00	1	1	100,00
16-00	1	1	100,00
17-01			
17-02	1	1	100,00
21-00	1	1	100,00
22-00	1	1	100,00
23-01			
23-02	1	1	100,00
24-01			
24-02	1	1	100,00
25-00	1	1	100,00
26-00	1	1	100,00
27-00	1	1	100,00
28-01			
28-02	1	1	100,00
29-00	1	1	100,00
30-01			
30-02		1	100,00
30-04			
32-00	1	1	100,00
35-01			
35-02	1	1	100,00
36-00	1	1	100,00
39-01			
39-02	1	1	100,00
42-00	1	1	100,00
44-00	1	1	100,00
49-00	1	1	100,00
51-00	1	0	0,00
69-00	1	1	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>93,55</b>

## Patientenbezogene Daten

### Ambulant

Im ambulanten Bereich liegen nur aus dem Belegärztlichen/ ambulanten Krankenhausbereich Dokumentationsdaten vor. Aus dem KV-Bereich liegen die Solldaten der Geschäftsstelle nicht vor. Für die fallbezogenen Qualitätsindikatoren erfolgt eine Auswertung aufgrund der Zusammenführung mit den Sozialdaten mit einer zeitlichen Verzögerung von 2 Jahren.

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
A-KH 01-01	271	261	96,31
A-KH 01-02	61	61	100,00
A-KH 02-02	217	214	98,62
A-KH 04-00	154	161	104,55
A-KH 05-00	33	31	93,94
A-KH 06-01	448	448	100,00
A-KH 08-01	209	209	100,00
A-KH 08-03	180	180	100,00
A-KH 09-01	96	95	98,96
A-KH 09-02	178	178	100,00
A-KH 11-00	267	264	98,88
A-KH 12-00	112	109	97,32
A-KH 13-01	881	882	100,11
A-KH 13-02	1	1	100,00
A-KH 14-00	380	389	102,37
A-KH 15-00	99	99	100,00
A-KH 16-00	456	473	103,73
A-KH 17-01	257	257	100,00
A-KH 21-00	180	182	101,11
A-KH 22-00	94	95	101,06
A-KH 23-01	801	818	102,12
A-KH 23-02	28	30	107,14
A-KH 24-01	597	605	101,34
A-KH 25-00	43	44	102,33
A-KH 26-00	82	82	100,00
A-KH 27-00	229	229	100,00
A-KH 28-01	283	289	102,12
A-KH 28-02	77	80	103,90
A-KH 29-00	168	168	100,00
A-KH 30-01	252	257	101,98
A-KH 30-02	169	184	108,88
A-KH 30-04	1	1	100,00
A-KH 32-00	101	133	131,68
A-KH 35-01	161	158	98,14
A-KH 35-02	35	34	97,14
A-KH 36-00	60	60	100,00
A-KH 39-01	247	263	106,48
A-KH 42-00	272	273	100,37
A-KH 44-00	355	356	100,28
A-KH 49-00	122	122	100,00
A-KH 50-01	199	203	102,01

<b>KH-Nummer</b>	<b>erwartet</b>	<b>geliefert</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
A-KH 50-02	106	107	100,94
A-KH 60-00	17	17	100,00
A-KH 61-00	1	1	100,00
A-KH 63-00	3	3	100,00
A-KH 64-01	2	2	100,00
A-KH 65-00	4	4	100,00
A-KH 66-00	7	7	100,00
A-KH 67-03	2	2	100,00
A-KH 69-00	32	32	100,00
A-KH 71-00	2	2	100,00
A-KH 72-01	2	2	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>9.034</b>	<b>9.157</b>	<b>101,36</b>

## Stationär

<b>KH-Nummer</b>	<b>erwartet</b>	<b>geliefert</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
01-01	271	261	96,31
01-02	61	61	100,00
02-01	217	214	98,62
04-00	154	161	104,55
05-00	33	31	93,94
06-01	448	448	100,00
06-02	15	15	100,00
08-01	209	209	100,00
08-02	67	67	100,00
08-03	180	180	100,00
09-01	96	95	98,96
09-02	178	178	100,00
11-00	267	264	98,88
12-00	112	109	97,32
13-01	881	882	100,11
13-02	1	1	100,00
14-00	380	389	102,37
15-00	99	99	100,00
16-00	456	473	103,73
17-01	257	257	100,00
17-02	0	1	-
21-00	180	182	101,11
22-00	94	95	101,06
23-01	801	818	102,12
23-02	28	30	107,14
24-01	597	605	101,34

<b>KH-Nummer</b>	<b>erwartet</b>	<b>geliefert</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
25-00	43	44	102,33
26-00	82	82	100,00
27-00	229	229	100,00
28-01	283	289	102,12
28-02	77	80	103,90
29-00	168	168	100,00
30-01	252	257	101,98
30-02	169	184	108,88
30-04	1	1	100,00
32-00	101	133	131,68
35-01	161	158	98,14
35-02	35	34	97,14
36-00	60	60	100,00
39-01	247	263	106,48
42-00	272	273	100,37
44-00	355	356	100,28
49-00	122	122	100,00
50-01	199	203	102,01
50-02	106	107	100,94
51-00	2	2	100,00
60-00	17	17	100,00
61-00	1	1	100,00
63-00	3	3	100,00
64-01	2	2	100,00
65-00	4	4	100,00
66-00	7	7	100,00
67-03	2	2	100,00
69-00	32	32	100,00
71-00	2	2	100,00
72-01	2	2	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>9.118</b>	<b>9.242</b>	<b>101,36</b>

## 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 2023 in Punkten	Ergebnis ST 2024 in Punkten	Ergebnis BU 2024 in Punkten	Referenz- bereich in Punkten
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	Ergebnisse gesamt	79,41 / 100	83,86 / 100	90,25 / 100	≥ 44,91 / 100
		ambulant VÄ*	73,68 / 100	93,73 / 100	-	-
		ambulant KH	76,09 / 100	78,25 / 100	-	-

\* VÄ = Vertragsärzte

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

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

### Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 1000

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2024 in Punkten	Ergebnis BU 2024 in Punkten
1.1	Hygiene- und Infektionsmanagement- ambulante Versorgung	83,86 / 100	90,25 / 100
1.1.1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	81,61 / 100	84,49 / 100
1.1.2	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	68,75 / 100	70,83 / 100
1.1.3	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	67,50 / 100	77,91 / 100
1.1.4	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	88,22 / 100	90,45 / 100
1.1.5	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	91,88 / 100	92,79 / 100
1.1.6	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	86,30 / 100	85,32 / 100
1.1.7	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	133,01 / 100	147,97 / 100
1.1.8	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	57,59 / 100	98,04 / 100

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2024 in Punkten	Ergebnis BU 2024 in Punkten
1.1.9	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/ Infektion	82,50 / 100	81,45 / 100
1.1.10	Durchführung von Compliance-Beobachtungen	81,25 / 100	73,21 / 100

### Indikatorergebnis zum ambulanten Operieren

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	-	0,00	0,00	≤ 1
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	-	0,00	0,00	≤ 1
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	-	N ≤ 3	N ≤ 3	nicht definiert
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	-	0,00 %	N ≤ 3	nicht definiert
332000	TKez: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	-	N ≤ 3	N ≤ 3	nicht definiert

### Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 1500

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Ergebnisse gesamt	- / -	22 / 14.479	481 / 561.134
		VÄ*	- / -	214 / 425.199	-
		KH	- / -	267 / 135.935	-
		selektivvertragliche Leistungen	- / -	- / -	-

\* VÄ = Vertragsärzte

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
1.1	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 22 / 14.479	0,00 481 / 561.134
1.1.1	Diagnosestellung		
1.1.1.1	Stelbstdiagnostiziert <sup>1</sup>	59,09 % 13 / 22	48,23 % 232 / 481

<sup>1</sup> bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
1.1.1.2	Fremddiagnostiziert <sup>1</sup>	40,91 % 9 / 22	51,77 % 249 / 481
1.2	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) <sup>2</sup>	0,00 22 / 14.479	0,00 481 / 561.134
1.2.1	Chirurgie / Allgemeinchirurgie	N ≤ 3	0,18 % 38 / 20.768
1.2.2	Gefäßchirurgie	0,46 % 4 / 870	0,19 % 80 / 41.621
1.2.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	0,00 % 0 / 492	0,07 % 17 / 22.812
1.2.4	Plastische Chirurgie	0,00 % 0 / 135	0,13 % 10 / 7.465
1.2.5	Orthopädie / Unfallchirurgie	0,13 % 17 / 12.673	0,07 % 336 / 474.394
1.2.6	Urologie	0,00 % 0 / 86	0,39 % 13 / 3.306
1.3	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 % 22 / 14.479	0,00 % 481 / 561.134
1.3.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion		
1.3.1.1	≤ 10 Tage	31,82 % 7 / 22	46,78 % 225 / 481
1.3.1.2	11 – 20 Tage	59,09 % 13 / 22	39,29 % 189 / 481
1.3.1.3	21 – 30 Tage	N ≤ 3	13,93 % 67 / 481

#### Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 1501

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenz-bereich
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Ergebnisse gesamt	- / -	4 / 1.220	100 / 54.303
		VÄ*	- / -	18 / 22.997	-
		KH	- / -	82 / 31.306	-

\* VÄ = Vertragsärzte

<sup>1</sup> bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

<sup>2</sup> Da Tracer-Operationen teilweise mehreren Fachgebieten zugeordnet werden, entspricht die Summe der Operationen je Fachgebiet u. U. nicht der Gesamtzahl der im QI berücksichtigten Fälle.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
2.1	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 4 / 1.220	0,00 100 / 54.303
2.1.1	Diagnosestellung		
2.1.1.1	Stelbstdiagnostiziert	N ≤ 3 / 4	65,00 % 65 / 100
2.1.1.2	Fremddiagnostiziert	N ≤ 3 / 4	35,00 % 35 / 100
2.2	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 4 / 1.220	0,00 100 / 54.303
2.2.1	Chirurgie / Allgemeinchirurgie	N ≤ 3 / 67	0,24 % 7 / 2.965
2.2.2	Gefäßchirurgie	- 0 / 0	0,00 % 0 / 21
2.2.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	- 0 / 0	0,00 % 0 / 26
2.2.4	Plastische Chirurgie	N ≤ 3 / 58	0,22 % 5 / 2.302
2.2.5	Orthopädie / Unfallchirurgie	N ≤ 3 / 983	0,18 % 89 / 48.955
2.2.6	Urologie	- 0 / 0	N ≤ 3
2.3	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 4 / 1.220	0,00 100 / 54.303
2.3.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion		
2.3.1.1	≤ 10 Tage	N ≤ 3 / 4	22,00 % 22 / 100
2.3.1.2	11 – 20 Tage	0,00 % 0 / 4	22,00 % 22 / 100
2.3.1.3	21 – 30 Tage	N ≤ 3 / 4	18,00 % 18 / 100
2.3.1.4	31- 40 Tage	0,00 % 0 / 4	11,00 % 11 / 100
2.3.1.5	41 – 50 Tage	0,00 % 0 / 4	11,00 % 11 / 100
2.3.1.6	51 – 60 Tage	N ≤ 3 / 4	5,00 % 5 / 100
2.3.1.7	61 – 70 Tage	0,00 % 0 / 4	N ≤ 3 / 100
2.3.1.8	71 – 80 Tage	0,00 % 0 / 4	5,00 % 5 / 100
2.3.1.9	81 – 90 Tage	0,00 % 0 / 4	4,00 % 4 / 100

## Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 1502

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Ergebnisse gesamt	- / -	N ≤ 3 / 14.479	N ≤ 3 / 561.134	nicht definiert
		VÄ*	- / -	N ≤ 3 / 425.199	-	-
		KH	- / -	N ≤ 3 / 135.935	-	-
		selektivvertragliche Leistungen	- / -	- / -	-	-

\* VÄ = Vertragsärzte

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
3.1	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	N ≤ 3 / 14.479	≤ 3 / 561.134
3.1.1	Diagnosestellung		
3.1.1.1	Stelbstdiagnostiziert	N ≤ 3	N ≤ 3
3.1.1.2	Fremddiagnostiziert	N ≤ 3	N ≤ 3
3.2	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	N ≤ 3 / 14.479	N ≤ 3 / 561.134
3.2.1	Chirurgie / Allgemeinchirurgie	0,00 % 0 / 411	0,00 % 0 / 20.768
3.2.2	Gefäßchirurgie	0,00 % 0 / 870	0,00 % 0 / 41.621
3.2.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	0,00 % 0 / 492	0,00 % 0 / 22.812
3.2.4	Plastische Chirurgie	0,00 % 0 / 135	0,00 % 0 / 7.465
3.2.5	Orthopädie / Unfallchirurgie	N ≤ 3 / 12.673	N ≤ 3 / 474.394
3.2.6	Urologie	0,00 % 0 / 86	0,00 % 0 / 3.306
3.3	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	N ≤ 3 / 14.479	N ≤ 3 ≤ 3 / 561.134
3.3.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion		
3.3.1.1	≤ 10 Tage	N ≤ 3	N ≤ 3
3.3.1.2	11 – 20 Tage	N ≤ 3	N ≤ 3
3.3.1.3	21 – 30 Tage	N ≤ 3	N ≤ 3

## Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 1503

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Ergebnisse gesamt	- / -	0 / 1.220	N ≤ 3 / 54.303	nicht definiert
		VÄ*	- / -	0 / 22.997	-	-
		KH	- / -	N ≤ 3 / 31.306	-	-
		selektivvertragliche Leistungen	- / -	- / -	-	-

\* VÄ = Vertragsärzte

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
4.1	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 0 / 1.220	N ≤ 3 / 54.303
4.1.1	Diagnosestellung		
4.1.1.1	Stelbstdiagnostiziert	- 0 / 0	N ≤ 3
4.1.1.2	Fremddiagnostiziert	- 0 / 0	N ≤ 3
4.2	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 0 / 1.220	N ≤ 3 / 54.303
4.2.1	Chirurgie / Allgemeinchirurgie	0,00 % 0 / 67	N ≤ 3 / 2.965
4.2.2	Gefäßchirurgie	- 0 / 0	0,00 % 0 / 21
4.2.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	- 0 / 0	0,00 % 0 / 26
4.2.4	Plastische Chirurgie	0,00 % 0 / 58	N ≤ 3 / 2.302
4.2.5	Orthopädie / Unfallchirurgie	0,00 % 0 / 983	N ≤ 3 / 48.955
4.2.6	Urologie	0,00 % 0 / 86	0,00 % 0 / 3.306
4.3	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 0 / 1.220	N ≤ 3 / 54.303
4.3.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion		
4.3.1.1	≤ 10 Tage	- 0 / 0	N ≤ 3
4.3.1.2	11 – 20 Tage	- 0 / 0	N ≤ 3
4.3.1.3	21 – 30 Tage	- 0 / 0	N ≤ 3
4.3.1.4	31 – 40 Tage	- 0 / 0	N ≤ 3

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
4.3.1.5	41 – 50 Tage	- 0 / 0	N ≤ 3
4.3.1.6	51 – 60 Tage	- 0 / 0	N ≤ 3
4.3.1.7	61 – 70 Tage	- 0 / 0	N ≤ 3
4.3.1.8	71 – 80 Tage	- 0 / 0	N ≤ 3
4.3.1.9	81 – 90 Tage	- 0 / 0	N ≤ 3

### Indikatorergebnis zum Hygiene- und Infektionsmanagement – Stationär

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023 in Punkten	Ergebnis ST 2024 in Punkten	Ergebnis BU 2024 in Punkten	Referenz- bereich
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	Ergebnisse gesamt	79,70 / 100	79,57 / 100	86,21 / 100
		BÄ*	74,75 / 100	109,44 / 100	-
		KH	75,52 / 100	81,11 / 100	-

\* BÄ = Belegärzte

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

### Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 2000

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2024 in Punkten	Ergebnis BU 2024 in Punkten
1.1	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	79,57 / 100	86,21 / 100
1.1.1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	85,55 / 100	84,41 / 100
1.1.2	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie	86,21 / 100	86,07 / 100
1.1.3	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	100,00 / 100	92,33 / 100
1.1.4	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	94,55 / 100	97,45 / 100
1.1.5	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	99,71 / 100	97,44 / 100
1.1.6	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	90,07 / 100	91,62 / 100
1.1.7	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	34,48 / 100	56,78 / 100

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2024 in Punkten	Ergebnis BU 2024 in Punkten
1.1.8	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	68,60 / 100	68,40 / 100
1.1.9	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/ Infektion	100,00 / 100	98,42 / 100
1.1.10	Durchführung von Compliance-Beobachtungen	36,51 / 100	89,20 / 100

### Indikatorergebnis zum stationären Operieren

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	-	1,36	1,10	≤ 2,07
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	-	1,39	1,16	≤ 2,35
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	-	1,31	1,13	≤ 2,27
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	-	1,43	1,18	≤ 2,50
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	-	N ≤ 3	0,01 %	Nicht definiert
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	-	0,02 %	0,01 %	Nicht definiert
342000	TKez: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	-	14,41 %	8,68 %	Nicht definiert

### Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 2500

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Ergebnisse gesamt	- / -	1,36 633 / 465,83	1,10 16.744 / 15.224,99
		selektivvertragliche Leistungen	- / -	- / -	-

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
1.1	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)		
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression		
1.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	2,23 % 633 / 28.350	1,45 % 16.744 / 1.157.480
1.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	1,64 % 465,83 / 28.350	1,32 % 15.224,99 / 1.157.480
1.1.1.3	O/E	1,36	1,10
1.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen		
1.1.2.1	ID: 2502: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	64,93 % 411 / 633	68,07 % 11.397 / 16.744
1.1.2.2	ID: 2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	N ≤ 3 / 633	0,49 % 82 / 16.744
1.1.2.3	ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	12,16 % 77 / 633	6,46 % 1.082 / 16.744
1.2	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2,23 % 633 / 28.350	1,45 % 16.744 / 1.157.480
1.2.1	Diagnosestellung		
1.2.1.1	Selbstdiagnostiziert	94,79 % 600 / 633	93,45 % 15.647 / 16.744
1.2.1.1.1	Fremddiagnostiziert	5,21 % 33 / 633	6,55 % 1.097 / 16.744
1.3	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) <sup>1</sup>	2,23 % 633 / 28.350	1,45 % 16.744 / 1.157.480
1.3.1	Chirurgie / Allgemeinchirurgie	4,59 % 436 / 9.493	3,03 % 10.384 / 342.274
1.3.2	Gefäßchirurgie	2,69 % 55 / 2.043	2,40 % 1.908 / 79.661
1.3.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	0,63 % 65 / 10.352	0,67 % 3.186 / 474.286
1.3.4	Herzchirurgie	2,81 % 33 / 1.175	2,29 % 590 / 25.781
1.3.5	Plastische Chirurgie	0,49 % 9 / 1.851	0,65 % 522 / 80.355
1.3.6	Orthopädie / Unfallchirurgie	0,62 % 24 / 3.841	0,36 % 743 / 206.925

<sup>1</sup> Da Tracer-Operationen teilweise mehreren Fachgebieten zugeordnet werden, entspricht die Summe der Operationen je Fachgebiet u. U. nicht der Gesamtzahl der im QI berücksichtigten Fälle.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
1.3.7	Urologie	2,61 % 69 / 2.645	1,74 % 1.537 / 88.141
1.4	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2,23 % 633 / 28.350	1,45 % 16.744 / 1.157.480
1.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion		
1.4.1.1	≤ 10 Tage	54,82 % 347 / 633	52,28 % 8.753 / 16.744
1.4.1.2	11 – 20 Tage	33,02 % 209 / 633	34,81 % 5.829 / 16.744
1.4.1.3	21 – 30 Tage	12,16 % 77 / 633	12,91 % 2.162 / 16.744

#### Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 2501

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Ergebnisse gesamt	- / -	1,39 345 / 247,57	1,16 9.604 / 8.249,49
		selektivvertragliche Leistungen	- / -	- / -	- / -

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
2.1	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)		
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression		
2.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	1,18 % 345 / 29.284	0,95 % 9.604 / 1.008.994
2.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	0,85 % 247,57 / 29.284	0,82 % 8.249,49 / 1.008.994
2.1.1.3	O/E	1,39	1,16
2.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen		
2.1.2.1	ID: 2503: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat- Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	82,03 % 283 / 345	81,16 % 7.795 / 9.604
2.1.2.2	ID: 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,45 % 5 / 345	1,21 % 116 / 9.604
2.1.2.3	ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	6,67 % 23 / 345	6,08 % 584 / 9.604
2.2	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,18 % 345 / 29.284	0,95 % 9.604 / 1.008.994
2.2.1	Diagnosestellung		

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
2.2.1.1	Selbstdiagnostiziert	88,41 % 305 / 345	86,33 % 8.291 / 9.604
2.2.1.1	Fremddiagnostiziert	11,59 % 40 / 345	13,67 % 1.313 / 9.604
2.3	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) <sup>1</sup>	1,18 % 345 / 29.284	0,95 % 9.604 / 1.008.994
2.3.1	Chirurgie / Allgemeinchirurgie	1,44 % 28 / 1.938	1,28 % 803 / 62.894
2.3.2	Gefäßchirurgie	4,30 % 8 / 186	2,74 % 247 / 9.007
2.3.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	0,67 % 4 / 597	1,41 % 331 / 23.436
2.3.4	Herzchirurgie	0,59 % 28 / 4.726	0,62 % 824 / 132.984
2.3.5	Plastische Chirurgie	0,69 % 10 / 1.448	0,83 % 415 / 49.789
2.3.6	Orthopädie / Unfallchirurgie	1,25 % 288 / 22.985	0,93 % 7.671 / 820.443
2.3.7	Urologie	0,88 % 4 / 452	0,66 % 91 / 13.792
2.4	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,18 % 345 / 29.284	0,95 % 9.604 / 1.008.994
2.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion		
2.4.1.1	≤ 10 Tage	15,07 % 52 / 345	16,10 % 1.546 / 9.604
2.4.1.2	11 – 20 Tage	32,75 % 113 / 345	34,09 % 3.274 / 9.604
2.4.1.3	21 – 30 Tage	20,29 % 70 / 345	22,29 % 2.141 / 9.604
2.4.1.4	31 – 40 Tage	10,43 % 36 / 345	9,30 % 893 / 9.604
2.4.1.5	41 – 50 Tage	8,70 % 30 / 345	6,83 % 656 / 9.604
2.4.1.6	51 – 60 Tage	5,22 % 18 / 345	4,32 % 415 / 9.604
2.4.1.7	61 – 70 Tage	3,19 % 11 / 345	2,89 % 278 / 9.604
2.4.1.8	71 – 80 Tage	2,03 % 7 / 345	2,55 % 245 / 9.604
2.4.1.9	81 – 90 Tage	2,32 % 8 / 345	1,62 % 156 / 9.604

<sup>1</sup> Da Tracer-Operationen teilweise mehreren Fachgebieten zugeordnet werden, entspricht die Summe der Operationen je Fachgebiet u. U. nicht der Gesamtzahl der im QI berücksichtigten Fälle.

## Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 2502

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	Ergebnisse gesamt	- / -	1,31 411 / 314,54	1,13 11.397 / 10.089,63	≤ 2,27
		selektivvertragliche Leistungen	- / -	- / -	-	-

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
3.1	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)		
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression		
3.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	1,45 % 411 / 28.350	0,98 % 11.397 / 1.157.480
3.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	1,11 % 314,54 / 28.350	0,87 % 10.089,63 / 1.157.480
3.1.1.3	O/E	1,31	1,13
3.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen		
3.1.2.1	ID: 2500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	100,00 % 411 / 411	100,00 % 11.397 / 11.397
3.1.2.2	ID: 2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	N ≤ 3 / 411	0,49 % 56 / 11.397
3.1.2.3	ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	18,73 % 77 / 411	9,49 % 1.082 / 11.397
3.2	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	1,45 % 411 / 28.350	0,98 % 11.397 / 1.157.480
3.2.1	Diagnosestellung		
3.2.1.1	Selbstdiagnostiziert	94,65 % 389 / 411	93,34 % 10.638 / 11.397
3.2.1.1	Fremddiagnostiziert	5,35 % 22 / 411	6,66 % 759 / 11.397
3.3	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up) <sup>1</sup>	1,45 % 411 / 28.350	0,98 % 11.397 / 1.157.480
3.3.1	Chirurgie / Allgemeinchirurgie	2,98 % 283 / 9.493	2,21 % 7.561 / 342.274
3.3.2	Gefäßchirurgie	1,57 % 32 / 2.043	1,54 % 1.229 / 79.661

<sup>1</sup> Da Tracer-Operationen teilweise mehreren Fachgebieten zugeordnet werden, entspricht die Summe der Operationen je Fachgebiet u. U. nicht der Gesamtzahl der im QI berücksichtigten Fälle.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
3.3.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	0,30 % 31 / 10.352	0,37 % 1.761 / 474.286
3.3.4	Herzchirurgie	2,30 % 27 / 1.175	1,37 % 354 / 25.781
3.3.5	Plastische Chirurgie	0,27 % 5 / 1.851	0,30 % 245 / 80.355
3.3.6	Orthopädie / Unfallchirurgie	0,52 % 20 / 3.841	0,28 % 584 / 206.925
2.3.7	Urologie	1,89 % 50 / 2.645	1,15 % 1.015 / 88.141
3.4	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	1,45 % 411 / 28.350	0,98 % 11.397 / 1.157.480
3.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion		
3.4.1.1	≤ 10 Tage	54,50 % 224 / 411	53,74 % 6.125 / 11.397
3.4.1.2	11 – 20 Tage	34,06 % 140 / 411	33,44 % 3.811 / 11.397
3.4.1.3	21 – 30 Tage	11,44 % 47 / 411	12,82 % 1.461 / 11.397

#### Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 2503

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Ergebnisse gesamt	- / -	1,43 283 / 197,56	1,18 7.795 / 6.579,31	≤ 2,50
		selektivvertragliche Leistungen	- / -	- / -	-	-

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
4.1	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)		
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression		
4.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	0,97 % 283 / 29.284	0,77 % 7.795 / 1.008.994
4.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	0,67 % 197,56 / 29.284	0,65 % 6.579,31 / 1.008.994
4.1.1.3	O/E	1,43	1,18
4.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen		

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
4.1.2.1	ID: 2501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	100,00 % 283 / 283	100,00 % 7.795 / 7.795
4.1.2.2	ID: 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,77 % 5 / 283	1,17 % 91 / 7.795
4.1.2.3	ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	8,13 % 23 / 283	7,49 % 584 / 7.795
4.2	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, 90 Tage Follow-up)	0,97 % 283 / 29.284	0,77 % 7.795 / 1.008.994
4.2.1	Diagnosestellung		
4.2.1.1	Selbstdiagnostiziert	90,46 % 256 / 283	86,26 % 6.724 / 7.795
4.2.1.1	Fremddiagnostiziert	9,54 % 27 / 283	13,74 % 1.071 / 7.795
4.3	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) <sup>1</sup>	0,97 % 283 / 29.284	0,77 % 7.795 / 1.008.994
4.3.1	Chirurgie / Allgemeinchirurgie	1,03 % 20 / 1.938	0,92 % 578 / 62.894
4.3.2	Gefäßchirurgie	3,76 % 7 / 186	2,01 % 181 / 9.007
4.3.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	N ≤ 3 / 597	0,98 % 229 / 23.436
4.3.4	Herzchirurgie	0,55 % 26 / 4.726	0,45 % 592 / 132.984
4.3.5	Plastische Chirurgie	0,35 % 5 / 1.448	0,57 % 282 / 49.789
4.3.6	Orthopädie / Unfallchirurgie	1,02 % 235 / 22.985	0,78 % 6.405 / 820.443
4.3.7	Urologie	N ≤ 3 / 452	0,44 % 61 / 13.792
4.4	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,97 % 283 / 29.284	0,77 % 7.795 / 1.008.994
4.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion		
4.4.1.1	≤ 10 Tage	12,37 % 35 / 283	14,09 % 1.098 / 7.795
4.4.1.2	11 – 20 Tage	28,98 % 82 / 283	31,28 % 2.438 / 7.795
4.4.1.3	21 – 30 Tage	19,79 % 56 / 283	20,73 % 1.616 / 7.795
4.4.1.4	31 – 40 Tage	12,72 % 36 / 283	11,46 % 893 / 7.795
4.4.1.5	41 – 50 Tage	10,60 % 30 / 283	8,42 % 656 / 7.795

<sup>1</sup> Da Tracer-Operationen teilweise mehreren Fachgebieten zugeordnet werden, entspricht die Summe der Operationen je Fachgebiet u. U. nicht der Gesamtzahl der im QI berücksichtigten Fälle.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
4.4.1.6	51 – 60 Tage	6,36 % 18 / 283	5,32 % 415 / 7.795
4.4.1.7	61 – 70 Tage	3,89 % 11 / 283	3,57 % 278 / 7.795
4.4.1.8	71 – 80 Tage	2,47 % 7 / 283	3,14 % 245 / 7.795
4.4.1.9	81 – 90 Tage	2,83 % 8 / 283	2,00 % 156 / 7.795

#### Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 2504

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	Ergebnisse gesamt	- / -	N ≤ 3 / 28.350	0,01 % 82 / 1.157.480	Nicht definiert
		selektivvertragliche Leistungen	- / -	- / -	-	-

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
5.1	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	N ≤ 3 / 28.350	0,01 % 82 / 1.157.480
5.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen		
5.1.2.1	ID: 2500: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	N ≤ 3	100,00 % 82 / 82
5.1.2.2	ID: 2502: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	N ≤ 3	68,29 % 56 / 82
5.1.2.3	ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	N ≤ 3	N ≤ 3 / 82
5.2	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	N ≤ 3 / 28.350	0,01 % 82 / 1.157.480
5.2.1	Diagnosestellung		
5.2.1.1	Selbstdiagnostiziert	N ≤ 3	89,02 % 73 / 82
5.2.1.1	Fremddiagnostiziert	N ≤ 3	10,98 % 9 / 82
5.3	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up) <sup>1</sup>	N ≤ 3 / 28.350	0,01 % 82 / 1.157.480

<sup>1</sup> Da Tracer-Operationen teilweise mehreren Fachgebieten zugeordnet werden, entspricht die Summe der Operationen je Fachgebiet u. U. nicht der Gesamtzahl der im QI berücksichtigten Fälle.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
5.3.1	Chirurgie / Allgemeinchirurgie	N ≤ 3 / 9.493	0,01 % 35 / 342.274
5.3.2	Gefäßchirurgie	0,00 % 0 / 2.043	0,01 % 10 / 79.661
5.3.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	0,00 % 0 / 10.352	0,00 % 21 / 474.286
5.3.4	Herzchirurgie	0,00 % 0 / 1.175	0,02 % 4 / 25.781
5.3.5	Plastische Chirurgie	0,00 % 0 / 1.851	0,01 % 8 / 80.355
5.3.6	Orthopädie / Unfallchirurgie	0,00 % 0 / 3.841	0,00 % 5 / 206.925
5.3.7	Urologie	0,00 % 0 / 2.645	0,01 % 12 / 88.141
5.4	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	N ≤ 3 / 28.350	0,01 % 82 / 1.157.480
5.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion		
5.4.1.1	≤ 10 Tage	N ≤ 3	41,46 % 34 / 82
5.4.1.2	11 – 20 Tage	N ≤ 3	45,12 % 37 / 82
5.4.1.3	21 – 30 Tage	N ≤ 3	13,41 % 11 / 82

#### Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 2505

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022	Referenzbereich
2503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Ergebnisse gesamt	- / -	0,02 % 5 / 29.284	0,01 % 116 / 1.008.994
		selektivvertragliche Leistungen	- / -	- / -	-

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
6.1	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,02 % 5 / 29.284	0,01 % 116 / 1.008.994
6.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen		
6.1.2.1	ID: 2501: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	100,00 % 5 / 5	100,00 % 116 / 116

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
6.1.2.2	ID: 2503: Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	100,00 % 5 / 5	78,45 % 91 / 116
6.1.2.3	ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	0,00 % 0 / 5	8,62 % 10 / 116
6.2	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,02 % 5 / 29.284	0,01 % 116 / 1.008.994
6.2.1	Diagnosestellung		
6.2.1.1	Selbstdiagnostiziert	80,00 % 4 / 5	87,93 % 102 / 116
6.2.1.1	Fremddiagnostiziert	N ≤ 3 / 5	12,07 % 14 / 116
6.3	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,02 % 5 / 29.284	0,01 % 116 / 1.008.994
6.3.1	Chirurgie / Allgemeinchirurgie	0,00 % 0 / 1.938	0,01 % 7 / 62.894
6.3.2	Gefäßchirurgie	0,00 % 0 / 186	0,00 % 0 / 9.007
6.3.3	Gynäkologie und Geburtshilfe	0,00 % 0 / 597	0,00 % 0 / 23.436
6.3.4	Herzchirurgie	0,00 % 0 / 4.726	N ≤ 3 / 132.984
6.3.5	Plastische Chirurgie	0,00 % 0 / 1.448	N ≤ 3 / 49.789
6.3.6	Orthopädie / Unfallchirurgie	0,02 % 5 / 22.985	0,01 % 106 / 820.443
6.3.7	Urologie	0,00 % 0 / 452	N ≤ 3 / 13.792
6.4	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,02 % 5 / 29.284	0,01 % 116 / 1.008.994
6.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion		
6.4.1.1	≤ 10 Tage	0,00 % 0 / 5	24,14 % 28 / 116
6.4.1.2	11 – 20 Tage	0,00 % 0 / 5	32,76 % 38 / 116
6.4.1.3	21 – 30 Tage	N ≤ 3 / 5	18,97 % 22 / 116
6.4.1.4	31 – 40 Tage	N ≤ 3 / 5	5,17 % 6 / 116
6.4.1.5	41 – 50 Tage	N ≤ 3 / 5	10,34 % 12 / 116
6.4.1.6	51 – 60 Tage	N ≤ 3 / 5	3,45 % 4 / 116
6.4.1.7	61 – 70 Tage	0,00 % 0 / 5	0,00 % 0 / 116

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis BU 2022
6.4.1.8	71 – 80 Tage	0,00 % 0 / 5	N ≤ 3 ≤ 3 / 116
6.4.1.9	81 – 90 Tage	0,00 % 0 / 5	3,45 % 4 / 116

#### Indikatorergebnis zur Dokumentationsrate (WI-NI-D)

AK-ID	AK-Bezeichnung	Ergebnis ST 2022	Ergebnis ST 2023	Ergebnis BU 2023	Referenzbereich
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	-	102,57 %	99,57 %	≥ 95,00 %
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	102,57 %	99,57 %	≤ 110,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 7 stationärer und 42 ambulanter Leistungserbringer zu entnehmen.

#### Ambulant

KH/ KV	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
A-KH 02	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	D80
A-KH 04	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	D81
A-KH 27	1500	394	5	0,01	≤ 1 Fall	ST	U62
A-KH 29	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	D81
A-KH 30	1500	183	2	0,01	≤ 1 Fall	ST	U62
KV001	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	D81
KV003	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	S99
KV006	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	D81
KV007	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	S99
KV008	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	D99
KV012	1000	1	41,21	41,21	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	S99
KV019	1000	1	40,00	40,00	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	U63
KV026	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	S92
KV038	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	D80
KV041	1000	0	0	*	≥ 44,91 / 100 Pkt.	ST	D81

<b>KH/ KV</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenz- bereich</b>	<b>Maß- nahmen</b>	<b>Bewertung</b>
KV045	1000	1	43,33	43,33	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	U99
KV047	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S92
KV056	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D80
KV061	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D81
KV062	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D80
KV063	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S92
KV065	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D81
KV066	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S99
KV070	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S99
KV078	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D81
KV084	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S99
KV090	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S99
KV095	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D81
KV096	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S99
KV097	1000	1	36,67	36,67	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D80
KV101	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S92
KV102	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S99
KV103	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D81
KV104	1000	1	22,50	22,50	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S99
KV108	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S99
KV113	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D81
KV123	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D99
KV124	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D99
KV125	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S92
KV126	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	S99
KV127	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D80

KH/ KV	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenz- bereich	Maß- nahmen	Bewertung
KV128	1000	0	0	*	$\geq 44,91 / 100$ Pkt.	ST	D80

\* LE hat keine Daten geliefert

## Stationär

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenz- bereich	Maß- nahmen	Bewertung
01-01 01-02	2500	723	39	2,57	$\leq 2,07 \%$	ST	U61
	2502	723	30	2,84	$\leq 2,27 \%$	ST	U61
02-01 02-02	2000	0	0,00	*	$\geq 60,48 / 100$ Pkt.	ST	D81
	2500	554	25	2,38	$\leq 2,07 \%$	ST	U61
22-00	2502	381	14	2,56	$\leq 2,27 \%$	ST	U61
36-00	2501	235	7	3,60	$\leq 2,35 \%$	ST	U62
42-00	2000	1	49,41	49,41	$\geq 60,48 / 100$ Pkt.	ST	U63
	2501	975	20	2,57	$\leq 2,35 \%$	ST	U62
49-00	2500	220	9	2,10	$\leq 2,07 \%$	ST	A72
51-00	2000	0	0,00	*	$\geq 60,48 / 100$ Pkt.	ST	D81

\* LE hat keine Daten geliefert

### **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 42 eingeleitete Stellungnahmeverfahren im ambulanten Bereich mit 42 Leistungserbringern und 10 eingeleitete Stellungnahmeverfahren im stationären Bereich mit 7 Leistungserbringern.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 02.10.2024 in Magdeburg in Form einer Präsenzsitzung durchgeführt.

### **2.2.4 Empfehlungen der Fachkommission**

47 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.

5 Leistungserbringer aus dem ambulanten Bereich haben keine Stellungnahme abgegeben.

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 2024 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	136	136	100,00
02-01	162	162	100,00
04-00	8	127	1587,50
06-01	132	132	100,00
08-01	328	328	100,00
08-03	15	15	100,00
09-01	103	103	100,00
09-02	143	143	100,00
11-00	111	111	100,00
12-00	95	95	100,00
13-01	94	94	100,00
13-02	21	21	100,00
14-00	215	211	101,90
15-00	80	80	100,00
16-00	75	75	100,00
17-01	313	313	100,00
21-00	170	170	100,00
23-01	138	138	100,00
24-01	194	193	100,52
26-00	152	152	100,00
27-00	102	102	100,00
28-01	222	220	100,91
28-02	74	73	101,37
29-00	113	113	100,00
30-01	191	189	101,06
30-02	134	128	104,69
32-00	106	106	100,00
35-01	182	174	104,60
35-02	3	3	100,00
36-00	93	93	100,00
39-01	109	107	101,87
42-00	132	132	100,00
44-00	196	196	100,00
49-00	28	28	100,00

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
50-01	69	15	460,00
50-02	104	29	358,62
<b>Gesamt:</b>	<b>4.663</b>	<b>4.389</b>	<b>94,12</b>

### 2.3.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse der Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST AJ 2023	Ergebnis ST AJ 2024	Ergebnis BU AJ 2024	Referenz- bereich
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,95	1,06	0,99	≤ 3,34
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,93	1,15	1,00	≤ 2,22
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	0,98	1,39	0,99	≤ 3,00
58003	Interventionsbedürftige Blutung innerhalb von 30 Tagen	1,02	1,03	1,01	≤ 2,63
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,87 %	106,24 %	101,00 %	≥ 95,00 %
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,87 %	106,24 %	101,00 %	≤ 110,00 %
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,05 %	N ≤ 3	0,02 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren und zugeordnete Indexeingriffe aus dem Auswertungsjahres 2023 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 AJ 2022	Ergebnis ST AJ 2023	Ergebnis BU AJ 2023	Referenz- bereich
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	0,93	0,93	1,04	≤ 2,38
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	0,90	1,45	1,44	≤ 3,20
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	0,90	1,02	0,97	≤ 2,18

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 12 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenzbereich</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Bewertung</b>
04-00	852202	8	127	1.587,50 %	≤ 110,00 %	ST	S99
09-01	58005 <sup>1</sup>	84	6	3,40 %	≤ 3,20 %	ST	U62
21-00	58002	170	9	3,69 %	≤ 3,00 %	ST	U62
21-00	58003	170	9	3,53 %	≤ 2,63 %	ST	U62
22-00	58006 <sup>1</sup>	1	1	14,56 %	≤ 2,18 %	ST	U62
29-00	58002	112	5	3,48 %	≤ 3,00 %	ST	U61
29-00	58003	112	4	2,91 %	≤ 2,63 %	ST	U63
29-00	58006 <sup>1</sup>	115	5	3,08 %	≤ 2,18 %	ST	U62
35-01	58002	182	14	4,28 %	≤ 3,00 %	ST	U63
36-00	58006 <sup>1</sup>	55	4	2,68 %	≤ 2,18 %	ST	U62
39-01	58000	109	3	3,66 %	≤ 3,34 %	ST	U62
42-00	58004	132	7	2,49 %	≤ 2,22 %	ST	U63
49-00	58004	28	1	2,41 %	≤ 2,22 %	ST	U62
49-00	58002	28	1	3,42 %	≤ 3,00 %	ST	U62
50-01	58004	69	3	2,23 %	≤ 2,22 %	-	S99
50-01	58002	69	3	3,95 %	≤ 3,00 %	-	S99
50-01	58003	69	2	3,07 %	≤ 2,63 %	-	S99
50-01	852202	15	69	460,00 %	≤ 110,00 %	-	S99
50-02	852202	29	104	358,62 %	≤ 110,00 %	-	S99

<sup>1</sup> Sozialdatenbasierter Qualitätsindikator aus dem Auswertungsjahr 2023

### **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 14 eingeleitete Stellungnahmeverfahren zu 10 Leistungserbringern, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die erste Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 22.07.2024 in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt. Auf einer zweiten Sitzung am 08.10.2024 konnten angeforderte Ergänzungen zu vorliegenden Stellungnahmen abschließend bewertet werden.

### **2.3.4 Empfehlungen der Fachkommission**

10 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.

Drei Leistungserbringer wurden nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Eine abschließende Bewertung der Fachkommission erfolgte 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 2024 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.

### 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 2024 aus.

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

#### Stationärer Bereich

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	35	28	80,00
13-01	7	7	100,00
23-01	64	53	82,81
<b>Gesamt:</b>	<b>106</b>	<b>88</b>	<b>83,02</b>

#### Ambulanter Bereich

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
KV001	366	360	99,73
KV002	423	423	100,00
KV003	1125	0	0,00
KV004	534	533	99,81
KV005	553	548	99,28
KV006	531	521	98,12
KV007	411	400	100,00
KV008	293	212	74,40
KV009	572	557	99,48
KV010	465	463	99,57
KV011	774	770	100,00
KV012	388	271	74,23
KV013	152	107	75,00
KV014	1034	1026	99,52
KV015	664	627	94,43

<b>KH-Nummer</b>	<b>erwartet</b>	<b>geliefert</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
KV016	810	551	68,02
KV017	535	402	76,64
KV018	144	139	97,92
KV019	459	459	100,00
KV020	572	553	97,03
KV021	202	198	98,02
KV022	514	510	100,00
KV023	190	140	73,68
KV024	387	383	98,97
<b>Gesamt:</b>	<b>12.098</b>	<b>10.153</b>	<b>83,92</b>

#### 2.4.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2023 zu bewerten.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenz- bereich
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	<b>Gesamt</b>	65,94 %	79,46 %	70,61 %	≤ 100,00 %
		<b>Ambulant VÄ*</b>	66,58 %	69,25 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	80,70 %	82,53 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	77,17 %	78,21 %	-	-
572049	Transparenzkennzahl Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	41,67 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	N ≤ 3	41,67 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	-	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	<b>Gesamt</b>	-	42,19 %	38,84 %	≤ 69,08 %
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	37,93 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	52,82 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	48,83 %	-	-

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenz-bereich
572050	Transparenzkennzahl Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	15,91 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	15,91 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	-	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	<b>Gesamt</b>	-	28,41 %	25,66 %	≤ 43,98 %
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	24,81 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	43,42 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	25,50 %	-	-
572051	Transparenzkennzahl Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	31,25 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	31,91 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	N ≤ 3	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572005	Dialysefrequenz pro Woche	<b>Gesamt</b>	-	16,56 %	15,47 %	≤ 75,67 %
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	14,04 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	34,54 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	10,68 %	-	-

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenz-bereich
572052	Transparenzkennzahl Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	26,92 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	26,92 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	-	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572006	Dialysedauer pro Woche	<b>Gesamt</b>	-	35,81 %	32,92 %	≤ 15,00 %
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	31,31 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	53,17 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	34,59 %	-	-
572053	Transparenzkennzahl Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	40,38 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	40,38 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	-	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572007	Transparenzkennzahl Ernährungsstatus	<b>Gesamt</b>	3,52 %	3,74 %	4,78 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	4,07 %	4,50 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	11,28 %	9,75 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	3,63 %	4,71 %	-	-

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenz-bereich
572054	Transparenzkennzahl Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	0,00 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	0,00 %	0,00 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	N ≤ 3	-	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572008	Transparenzkennzahl Anämiemanagement	<b>Gesamt</b>	0,33 %	0,35 %	0,44 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	0,33 %	0,41 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	1,23 %	0,96 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	N ≤ 3	N ≤ 3	-	-
572055	Transparenzkennzahl Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	0,00 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	0,00 %	0,00 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	N ≤ 3	-	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangssassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse	<b>Gesamt</b>	8,79 %	8,86 %	8,84 %	≤ 19,57 %
		<b>Ambulant VÄ*</b>	8,04 %	8,53 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	14,66 %	15,71 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	7,76 %	10,59 %	-	-

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenz-bereich
572056	Transparenzkennzahl Hospitalisierung aufgrund von zugangssassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	N ≤ 3	N ≤ 3	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	N ≤ 3	-	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	<b>Gesamt</b>	N ≤ 3	16,67 %	17,23 %	≤ 25,00 %
		<b>Ambulant VÄ*</b>	19,10 %	17,23 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	14,55 %	17,14 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	33,33 %	16,67 %	-	-
572057	Transparenzkennzahl Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	N ≤ 3	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	-	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572011	Transparenzkennzahl 1-Jahres-Überleben	<b>Gesamt</b>	88,21 %	90,67 %	87,79 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	88,96 %	88,33 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	82,63 %	81,32 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	89,52 %	88,72 %	-	-

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenz-bereich
572058	Transparenzkennzahl 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	100,00 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	100,00 %	N ≤ 3	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	N ≤ 3	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572012	Transparenzkennzahl 2-Jahres-Überleben	<b>Gesamt</b>	76,44 %	75,71 %	73,00 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	75,95 %	73,94 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	60,62 %	62,45 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	70,89 %	78,23 %	-	-
572059	Transparenzkennzahl 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	80,00 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	80,00 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	-	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-
572013	Transparenzkennzahl 3-Jahres-Überleben	<b>Gesamt</b>	-	64,90 %	61,87 %	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	62,85 %	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	49,01 %	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	55,70 %	-	-

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
572060	Transparenzkennzahl 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	<b>Gesamt</b>	-	-	-	nicht definiert
		<b>Ambulant VÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär BÄ*</b>	-	-	-	-
		<b>Teilstationär KH</b>	-	-	-	-
		<b>selekt.vertr. Leistungen</b>	-	-	-	-

\* BÄ = Belegärzte

VÄ = Vertragsärzte

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 3 stationärer und 9 ambulanter Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	572009	5	1	20,00 %	≤ 19,57 %	ST	U62
13-01	572004	1	1	100,00 %	≤ 43,98 %	ST	U62
13-01	572009	2	1	50,00 %	≤ 19,57 %	ST	U62
23-01	572004	4	2	50,00 %	≤ 43,98 %	ST	U62
23-01	572009	8	2	25,00 %	≤ 19,57 %	ST	U63
KV005	572010	5	2	40,00 %	≤ 25,00 %	ST	U62
KV007	572003	25	18	72,00 %	≤ 69,08 %	ST	U62
KV008	572003	9	9	100,00 %	≤ 69,08 %	ST	U62
KV008	572004	58	29	50,00 %	≤ 43,98 %	ST	U62
KV013	572005	13	10	76,92 %	≤ 75,67 %	ST	U63
KV015	572010	4	2	50,00 %	≤ 25,00 %	ST	U99
KV017	572005	103	85	82,52 %	≤ 75,67 %	ST	U63
KV017	572010	2	1	50,00 %	≤ 25,00 %	ST	U62
KV018	572005	1	1	100,00 %	≤ 75,67 %	ST	S92
KV022	572003	20	15	75,00 %	≤ 69,08 %	ST	U62
KV022	572010	2	1	50,00 %	≤ 25,00 %	ST	U62
KV023	572003	4	3	75,00 %	≤ 69,08 %	ST	U62
KV023	572004	33	15	45,45 %	≤ 43,98 %	ST	U62
KV023	572005	22	18	81,82 %	≤ 75,67 %	ST	U63
KV023	572009	32	7	21,88 %	≤ 19,57 %	ST	U62

## **2.4.2 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 zu 12 Leistungserbringern.

Nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde auf Empfehlung des IQTIG und mit Beschluss des Lenkungsausschusses der Qualitätsindikator 572006 „Dialysedauer pro Woche“ aufgrund von Problemen der Datengrundlage ausgesetzt.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 30.10.2024 in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

## **2.4.3 Empfehlungen der Fachkommission**

11 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.

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

Bis auf einen Leistungserbringer (keine Stellungnahme vorliegend) konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 abgeschlossen werden.

## 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	9	9	100,00
02-01	1	1	100,00
04-00	0	5	
06-01	52	52	100,00
08-03	41	41	100,00
11-00	7	7	100,00
13-01	123	123	100,00
14-00	35	35	100,00
15-00	27	27	100,00
16-00	24	24	100,00
17-01	30	30	100,00
21-00	40	40	100,00
22-00	46	46	100,00
23-01	70	68	97,14
24-01	78	78	100,00
27-00	3	3	100,00
28-01	27	27	100,00
28-02	1	1	100,00
30-01	2	2	100,00
30-02	81	82	101,23
35-01	10	10	100,00
39-01	40	40	100,00
42-00	11	10	90,91
44-00	18	18	100,00
49-00	58	58	100,00
50-01	14	73	521,43
<b>Gesamt:</b>	<b>848</b>	<b>910</b>	<b>107,31</b>

## 2.5.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	98,38 %	99,46 %	99,19 %	≥ 95,00 %
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	100,00 %	99,23 %	99,67 %	≥ 95,00 %
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronerer Bypassoperation	0 Fälle	N ≤ 3	12,61 %	Sentinel Event
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch	1,02	1,26	1,00	≤ 3,22
11724	TKez: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch	1,35	1,22	0,95	nicht definiert
162301	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	-	2,44 %	1,44 %	nicht definiert
605	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch	1,26 %	2,22 %	1,34 %	nicht definiert
606	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch	1,85 %	N ≤ 3	2,20 %	nicht definiert
51859	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	3,20 %	3,86 %	3,22 %	nicht definiert
162300	TKez: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – offen-chirurgisch	-	3,52 %	4,30 %	nicht definiert
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – katherergestützt	95,79 %	96,25 %	98,18 %	≥ 95,00 %
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – katherergestützt	100,00 %	100,00 %	99,29 %	≥ 95,00 %
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – katherergestützt	0,87	1,12	0,90	≤ 2,77

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenz-bereich
51865	TKez: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt	1,18	N ≤ 3 / 3,26	0,89	nicht definiert
162302	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt	-	28,13 %	21,37 %	nicht definiert
162304	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	-	6,25 %	1,84 %	nicht definiert
51445	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontra-laterale Karotisstenose – kathetergestützt	0,00 %	7,94 %	1,75 %	nicht definiert
51448	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralaterale Karotisstenose – kathetergestützt	0,00 %	0,00 %	2,32 %	nicht definiert
51860	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	7,32	0,00 %	3,93 %	nicht definiert
162303	TKez: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – kathetergestützt	-	3,65 %	2,53 %	nicht definiert
161800*	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	4,76 %	72,46 %	82,12 %	≥ 80,00 %
850332	Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	0,97 %	N ≤ 3 / 847	1,21 %	≤ 5,28 %
852200	Angabe „sonstige“ bei sonstiges Karotisläsionen	-	2,01 %	2,12 %	≤ 8,01 %
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,10 %	107,31 %	100,79 %	≥ 95,00 %
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,10 %	107,31 %	100,79 %	≤ 110,00 %
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,20 %	0,47 %	0,60 %	≤ 5,00 %

\* Aufgrund veränderter Rechengrundlage ist der QI mit dem Vorjahr nicht vergleichbar.

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.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenz- bereich</b>	<b>Maß- nahmen</b>	<b>Bewertung</b>
01-01	161800	9	0	0,00 %	≥ 80,00 %	ST	S99
04-00	161800	5	3	60,00 %	≥ 80,00 %	ST	D80
11-00	11704	7	3	9,12	≤ 3,22	ST	S99
11-00	161800	4	1	25,00 %	≥ 80,00 %	ST	S99
13-01	51437	13	10	76,92 %	≥ 95,00 %	ST	D80
13-01	52240	4	2	50,00	Sentinel Event	ST	U62
14-00	604	14	13	92,86 %	≥ 95,00 %	ST	U63
14-00	161800	34	9	26,47 %	≥ 80,00 %	ST	S99
15-00	51873	26	3	5,47	≤ 2,77	ST	U62
15-00	161800	26	3	11,54 %	≥ 80,00 %	ST	S99
16-00	852200	22	2	9,09 %	≤ 8,01 %	ST	U63
17-01	161800	30	2	6,67 %	≥ 80,00 %	ST	S99
21-00	161800	40	19	47,50 %	≥ 80,00 %	ST	S99
27-00	161800	3	0	0,00 %	≥ 80,00 %	ST	U99
28-01	11704	16	2	4,38	≤ 3,22	ST	U62
39-01	161800	40	19	47,50 %	≥ 80,00 %	ST	S99
42-00	161800	9	1	11,11 %	≥ 80,00 %	ST	S99
42-00	11704	10	1	5,91	≤ 3,22	ST	U62
42-00	850085	11	10	90,91	≥ 95,00 %	ST	A70
50-01	161800	73	17	23,29	≥ 80,00 %	-	S99
50-01	850086	14	73	521,43 %	≤ 110,00 %	-	S99

### **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 21 eingeleitete Stellungnahmen zu 14 Leistungserbringern, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 26.08.2024 in Form einer Präsenzsitzung 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 2024 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	312	314	100,64
01-02	4	4	100,00
02-01	256	266	103,91
04-00	60	495	825,00
05-00	62	62	100,00
06-01	462	462	100,00
08-01	345	345	100,00
08-03	216	215	99,54
09-01	234	234	100,00
09-02	151	151	100,00
11-00	340	338	99,41
12-00	247	246	99,60
13-01	414	414	100,00
14-00	397	399	100,50
15-00	201	201	100,00
16-00	136	136	100,00
17-01	445	432	97,08
17-02	0	1	-
21-00	282	282	100,00
22-00	6	6	100,00
23-01	425	425	100,00
24-01	625	657	105,12
27-00	187	187	100,00
28-01	304	313	102,96
28-02	81	82	101,23
29-00	179	180	100,56
30-01	413	415	100,48
30-02	347	355	102,31
32-00	137	152	110,95
35-01	3	3	100,00
35-02	269	274	101,86
36-00	155	155	100,00
39-01	325	326	100,31

<b>KH-Nummer</b>	<b>erwartet</b>	<b>geliefert</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
42-00	305	309	101,31
44-00	480	484	100,83
49-00	199	199	100,00
50-01	50	115	230,00
50-02	63	32	50,79
63-00	9	10	111,11
66-00	0	33	-
69-00	161	161	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>9.287</b>	<b>9.870</b>	<b>106,28</b>

## 2.6.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023 und ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	98,55 %	98,74 %	98,94 %	≥ 95,00 %
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	98,53 %	98,76 %	98,99 %	nicht definiert
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	99,20 %	98,22 %	98,07 %	nicht definiert
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	90,76 %	91,27 %	93,83 %	≥ 90,00 %
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	89,31 %	90,24 %	92,88 %	≥ 90,00 %
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	90,31 %	93,93 %	96,00 %	≥ 95,00 %
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	98,33 %	98,42 %	98,51 %	nicht definiert
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,33	1,17	0,90	≤ 1,69
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	16,76 %	16,46 %	15,88 %	nicht definiert
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	94,95 %	95,21 %	96,49 %	≥ 95,00 %
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	4,88 %	5,23 %	5,21 %	≤ 20,00 %
811826	Angabe von >= 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	6,97 %	7,19 %	7,45 %	≤ 18,88 %
851900	Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	13,06 %	9,95 %	14,33 %	≤ 50,00 %
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,92 %	106,28 %	101,11 %	≥ 95,00 %
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,92 %	106,28 %	101,11 %	≤ 110,00 %
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz MDS)	0,02 %	N ≤ 3	0,12 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 29 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenz- bereich</b>	<b>Maß- nahmen</b>	<b>Bewertung</b>
01-01	2013	159	126	79,25 %	≥ 90,00	ST	D81
01-01	50722	307	247	80,46 %	≥ 95,00	ST	D81
01-02	50778	5	1	2,70	≤ 1,69	ST	U62
01-02	50722	5	4	80,00 %	≥ 95,00	ST	U62
02-01	2013	133	119	89,47 %	≥ 90,00	ST	U61
04-00	850102	60	495	825,00 %	≤ 110,00	ST	S99
05-00	2009	36	26	72,22 %	≥ 90,00	ST	A71
05-00	2013	32	12	37,50 %	≥ 90,00	ST	A71
05-00	2028	41	37	90,24 %	≥ 95,00	ST	U63
05-00	50778	62	15	1,96	≤ 1,69	ST	U61
06-01	2009	323	239	73,99 %	≥ 90,00	ST	A71
06-01	2013	223	170	76,23 %	≥ 90,00	ST	S92
06-01	2028	335	283	84,48 %	≥ 95,00	ST	D80
06-01	50778	416	70	1,84	≤ 1,69	ST	D80
06-01	50722	457	427	93,44 %	≥ 95,00	ST	U62
08-03	50778	209	32	2,33	≤ 1,69	ST	U62
09-02	2028	120	83	69,17 %	≥ 95,00	ST	U63
09-02	50722	148	134	90,54 %	≥ 95,00	ST	U63
09-02	811826	116	22	18,97 %	≤ 18,88	ST	A70
11-00	2013	196	126	64,29 %	≥ 90,00	ST	D80
11-00	50722	333	315	94,59 %	≥ 95,00	ST	U63
12-00	50722	245	227	92,65 %	≥ 95,00	ST	U62
13-01	2028	300	272	90,67 %	≥ 95,00	ST	A71
13-01	50722	393	367	93,38 %	≥ 95,00	ST	U62
14-00	2028	324	301	92,90 %	≥ 95,00	ST	U63
14-00	50722	394	349	88,58 %	≥ 95,00	ST	U63
15-00	811822	123	26	21,14 %	≤ 20,00	ST	U63
17-01	2028	311	291	93,57 %	≥ 95,00	ST	U61
22-00	50778	6	1	1,81	≤ 1,69	ST	U62
23-01	2009	231	195	84,42 %	≥ 90,00	ST	A99
23-01	2013	154	111	72,08 %	≥ 90,00	ST	D80
23-01	2028	265	223	84,15 %	≥ 95,00	ST	D80

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenz-bereich	Maßnahmen	Bewertung
23-01	50722	410	373	90,98 %	≥ 95,00 %	ST	U63
30-01	2009	305	260	85,25 %	≥ 90,00 %	ST	U61
30-01	2028	298	261	87,58 %	≥ 95,00 %	ST	A71
30-01	811826	347	77	22,19 %	≤ 18,88 %	ST	U60
30-02	2009	240	184	76,67 %	≥ 90,00 %	ST	A71
30-02	2013	155	117	75,48 %	≥ 90,00 %	ST	U61
30-02	2028	254	199	78,35 %	≥ 95,00 %	ST	S99
32-00	2009	112	94	83,93 %	≥ 90,00 %	ST	U63
32-00	2013	58	52	89,66 %	≥ 90,00 %	ST	U62
32-00	2028	121	100	82,64 %	≥ 95,00 %	ST	U63
32-00	50722	149	130	87,25 %	≥ 95,00 %	ST	D80
32-00	850102	137	152	110,95 %	≤ 110,00 %	ST	S99
35-01	50778	6	1	2,92	≤ 1,69	ST	U62
36-00	2009	107	91	85,05 %	≥ 90,00 %	ST	U62
39-01	2028	220	205	93,18 %	≥ 95,00 %	ST	U63
39-01	50722	316	299	94,62 %	≥ 95,00 %	ST	U62
42-00	2013	171	152	88,89 %	≥ 90,00 %	ST	U62
44-00	2009	343	292	85,13 %	≥ 90,00 %	ST	S92
44-00	2028	347	327	94,24 %	≥ 95,00 %	ST	S99
44-00	811826	373	74	19,84 %	≤ 18,88 %	ST	A70
50-01	850102	50	115	230,00 %	≤ 110,00 %	-	S99
50-02	2028	25	23	92,00 %	≥ 95,00 %	-	S99
50-02	850101	63	32	50,79 %	≥ 95,00 %	-	S99
63-00	2009	9	8	88,89 %	≥ 90,00 %	ST	U62
63-00	2013	7	6	85,71 %	≥ 90,00 %	ST	U63
63-00	2028	9	7	77,78 %	≥ 95,00 %	ST	U63
66-00	2009	28	25	89,29 %	≥ 90,00 %	ST	S99
66-00	50722	33	31	93,94 %	≥ 95,00 %	ST	S99
69-00	2009	72	57	79,17 %	≥ 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 58 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 29 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 28.08.2024 in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

### **2.6.4 Empfehlungen der Fachkommission**

Alle eingegangenen Erläuterungen der angeschriebenen Leistungserbringer zu Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion bewertet.

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 2024 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	66	66	100,00
04-00	4	43	1075,00
06-01	355	355	100,00
08-03	68	68	100,00
09-02	72	72	100,00
11-00	4	4	100,00
13-01	243	244	100,41
13-02	11	11	100,00
14-00	43	43	100,00
17-01	333	333	100,00
21-00	1	1	100,00
23-01	9	9	100,00
23-02	157	157	100,00
24-01	240	244	101,67
26-00	243	243	100,00
28-01	6	6	100,00
30-02	263	266	101,14
32-00	2	2	100,00
36-00	1	1	100,00
39-02	158	159	100,63
42-00	191	194	101,57
44-00	1	1	100,00
50-01	15	31	206,67
69-00	1	1	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>2.487</b>	<b>2.554</b>	<b>102,69</b>

## 2.7.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	98,00 %	98,29 %	98,49 %	≥ 97,00 %
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	0,97	1,02	0,98	≥ 0,52
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	0,97	1,02	0,98	≤ 1,74
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	97,42 %	93,63 %	95,18 %	≥ 84,93 %
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	85,92 %	83,60 %	87,40 %	≥ 63,30 %
52330 <sup>1</sup>	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	99,60 %	100,00 %	99,84 %	≥ 95,00 %
52279 <sup>1</sup>	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	99,64 %	99,33 %	98,95 %	≥ 95,00 %
21631	Primäre Axilladissektion bei DCIS	0,00 %	0,00 %	N ≤ 3	Sentinel Event
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	3,52 %	N ≤ 3	2,80 %	≤ 5,00 %
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	95,90 %	96,83 %	97,43 %	≥ 90,00 %
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	0,99 %	1,72 %	1,86 %	≤ 4,76 %
60659 <sup>2</sup>	Nachresektionsrate	11,15 %	-	-	Nicht definiert
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	99,26 %	99,61 %	99,53 %	≥ 97,92 %
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	0,26 %	0,25 %	0,42 %	≤ 1,85 %
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	N ≤ 3	0,31 %	0,14 %	≤ 0,98 %
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	1,01 %	0,74 %	0,68 %	≤ 4,00 %
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	0,26 %	0,25 %	0,27 %	≤ 1,31 %

852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	2,09 %	1,74 %	1,10 %	≤ 5,50 %
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,28 %	102,69 %	100,60 %	≥ 95,00 %
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,28 %	102,69 %	100,60 %	≤ 110,00 %
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,68 %	0,44 %	0,19 %	≤ 5,00 %

<sup>1</sup> Planungsrelevanter Qualitätsindikator bis 12.12.2024

<sup>2</sup> Eine Berechnung der Nachresektionsrate war aufgrund eines Fehlers in der Spezifikation zum Auswertungsjahr 2024 nicht möglich.

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.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenzbereich</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Bewertung</b>
04-00	51846	31	29	93,55 %	≥ 97,00 %	ST	U62
04-00	51847	13	8	61,54 %	≥ 90,00 %	ST	D80
04-00	52278	27	5	2,23	≤ 1,74	ST	U62
04-00	850094	4	43	1075,00 %	≤ 110,00 %	ST	D81
04-00	850364	28	2	7,14 %	≤ 0,98 %	ST	U99
04-00	852000	34	3	8,82 %	≤ 5,50 %	ST	A72
06-01	51846	235	218	92,77 %	≥ 97,00 %	ST	A99
09-02	212000	11	8	72,73 %	≥ 84,93 %	ST	U63
11-00	51847	1	0	0,00 %	≥ 90,00 %	ST	A71
11-00	852000	3	2	66,67 %	≤ 5,50 %	ST	U99
13-02	52267	4	0	0,00	≥ 0,52	ST	U62
14-00	51370	27	3	11,11 %	≤ 4,76 %	ST	U62
17-01	52279	79	75	94,94 %	≥ 95,00 %	ST	U63
17-01	852000	263	25	9,51 %	≤ 5,50 %	ST	U99
23-01	850227	9	5	55,56 %	≤ 5,00 %	ST	U99
23-02	212001	1	0	0,00 %	≥ 63,30 %	ST	U63
24-01	50719	8	1	12,50 %	≤ 5,00 %	ST	U62
24-01	212001	78	40	51,28 %	≥ 63,30 %	ST	U99
24-01	813068	175	6	0,03	≤ 4,00	ST	U99
26-00	212001	47	19	40,43 %	≥ 63,30 %	ST	U99
28-01	51847	2	1	50,00 %	≥ 90,00 %	ST	U62
28-01	52267	4	0	0,00	≥ 0,52	ST	U62
39-01	51846	131	127	96,95 %	≥ 97,00 %	ST	U63
50-01	51370	19	1	5,26 %	≤ 4,76 %	-	S99
50-01	51847	9	8	88,89 %	≥ 90,00 %	-	S99
50-01	211800	17	16	94,12 %	≥ 97,92 %	-	S99
50-01	850094	15	31	206,67 %	≤ 110,00 %	-	S99

### **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 27 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 05.08.2024 in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

### **2.7.4 Empfehlungen der Fachkommission**

24 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.

Zwei Leistungserbringer wurde nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Die Antwort der Nachfragen wurden 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 2024 abgeschlossen werden.

Für den QI 212001: – *Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund*“, wurde dem IQTIG der Überarbeitungsbedarf zum QI aufgrund der aktuellen Leitlinie der AGO 2024, die das Procedere der intraoperativen Präparatsonographie ausdrücklich empfiehlt, zurückgespiegelt.

## 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	74	74	100,00
01-02	1	1	100,00
02-01	281	282	100,36
04-00	6	183	3050,00
06-01	154	154	100,00
08-01	6	6	100,00
08-03	187	187	100,00
09-01	53	53	100,00
09-02	73	73	100,00
11-00	169	169	100,00
12-00	1	1	100,00
13-01	173	173	100,00
13-02	31	32	103,23
14-00	147	146	99,32
15-00	1	1	100,00
17-01	256	256	100,00
21-00	265	265	100,00
23-01	10	10	100,00
23-02	364	364	100,00
24-01	196	202	103,06
26-00	550	550	100,00
27-00	1	1	100,00
28-01	121	122	100,83
28-02	1	1	100,00
29-00	1	1	100,00
30-01	2	2	100,00
30-02	163	167	102,45
32-00	2	2	100,00
35-01	1	1	100,00
39-01	71	71	100,00
42-00	102	102	100,00
44-00	133	134	100,75
50-01	56	212	378,57
50-02	12	61	508,33

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
51-00	10	10	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>3.674</b>	<b>4.069</b>	<b>110,75</b>

## 2.8.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
51906 <sup>1</sup>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	0,80	0,85	1,05	≤ 4,18
12874 <sup>1</sup>	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	0,57 %	0,71 %	1,06 %	≤ 5,00 %
10211 <sup>1</sup>	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	3,66 %	6,27 %	7,19 %	≤ 20,00 %
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	0,55 %	0,84 %	0,91 %	Sentinel Event
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	20,10 %	17,65 %	19,49 %	≤ 40,38 %
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	82,57 %	83,65 %	88,51 %	≥ 74,30 %
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	2,98 %	3,19 %	3,18 %	≤ 7,25 %
850231	Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	0,98 %	1,09 %	1,48 %	≤ 5,53 %
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	0,10 %	0,25 %	0,16 %	= 0
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,62 %	110,75 %	100,69 %	≥ 95,00%
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,62 %	110,75 %	100,69 %	≤ 110,00 %
850225	Auffälligkeitskriterium zum MDS	0,00 %	N ≤ 3 N ≤ 3	0,21 %	≤ 5,00 %

<sup>1</sup> Planungsrelevanter Qualitätsindikator bis 12.12.2024

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 19 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenzbereich</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Bewertung</b>
02-01	850231	14	1	7,14 %	≤ 5,53 %	ST	U99
04-00	850100	6	183	3050,00 %	≤ 110,00 %	ST	D81
06-01	52283	49	6	12,24 %	≤ 7,25 %	ST	U62
06-01	60685	22	1	4,55 %	Sentinel Event	ST	U62
11-00	851912	169	5	0,03	= 0	ST	A70
11-00	850231	10	1	10,00 %	≤ 5,53 %	ST	U99
13-01	612	30	22	73,33 %	≥ 74,30 %	ST	U62
13-01	52283	74	9	12,16 %	≤ 7,25 %	ST	A71
13-01	60686	7	3	42,86 %	≤ 40,38 %	ST	U62
13-02	60686	2	2	100,00 %	≤ 40,38 %	ST	U62
14-00	612	7	3	42,86 %	≥ 74,30 %	ST	U62
14-00	60686	2	1	50,00 %	≤ 40,38 %	ST	U62
23-01	12874	3	1	33,33 %	≤ 5,00 %	ST	U63
23-02	60685	73	1	1,37 %	Sentinel Event	ST	U61
24-01	10211	28	6	21,43 %	≤ 20,00 %	ST	U62
24-01	52283	88	16	18,18 %	≤ 7,25 %	ST	U63
24-01	60685	35	1	2,86 %	Sentinel Event	ST	U62
24-01	60686	9	4	44,44 %	≤ 40,38 %	ST	U62
26-00	60685	93	1	1,08 %	Sentinel Event	ST	U62
30-01	52283	2	1	50,00 %	≤ 7,25 %	ST	U62
30-02	612	29	21	72,41 %	≥ 74,30 %	ST	U62
30-02	52283	54	4	7,41 %	≤ 7,25 %	ST	U62
32-00	52283	3	1	33,33 %	≤ 7,25 %	ST	U62
35-01	52283	1	1	100,00 %	≤ 7,25 %	ST	U62
39-01	52283	22	3	13,64 %	≤ 7,25 %	ST	U62
39-01	60685	11	1	9,09 %	Sentinel Event	ST	U62
39-01	60686	2	1	50,00 %	≤ 40,38 %	ST	U63
42-00	612	7	5	71,43 %	≥ 74,30 %	ST	U62

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
50-01	60685	35	1	2,86 %	Sentinel Event	-	S99
50-01	850100	56	212	378,57 %	$\leq 110,00 \%$	-	S99
50-02	612	6	4	66,67 %	$\geq 74,30 \%$	-	S99
50-02	52283	19	2	10,53 %	$\leq 7,25 \%$	-	S99
50-02	60686	3	2	66,67 %	$\leq 40,38 \%$	-	S99
50-02	850100	12	61	508,33 %	$\leq 110,00 \%$	-	S99

### 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 34 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 19 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 31.07.2024 in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

### 2.8.4 Empfehlungen der Fachkommission

31 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. Zwei Leistungserbringer wurden nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Die Antworten der Nachfragen wurden 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 2024 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	354	353	99,72
04-00	24	634	2641,67
06-01	800	800	100,00
08-03	557	556	99,82
09-01	147	147	100,00
09-02	391	394	100,77
11-00	417	415	99,52
13-01	1.183	1.184	100,08
17-01	1.666	1.665	99,94
21-00	388	388	100,00
23-01	2	2	100,00
23-02	1.126	1.126	100,00
24-01	1.254	1.259	100,40
26-00	832	832	100,00
28-01	711	711	100,00
30-02	900	899	99,89
39-01	684	691	101,02
44-00	613	534	87,11
50-01	82	298	363,41
50-02	31	85	274,19
<b>Gesamt</b>	<b>12.162</b>	<b>12.973</b>	<b>106,67</b>

## 2.9.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
330 <sup>1</sup>	TKez: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	97,08 %	95,59 %	95,27 %	nicht definiert
50045 <sup>1</sup>	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	99,12 %	98,91 %	98,95 %	≥ 90,00 %
52249	Kaiserschnittgeburt	1,00	1,02	1,05	≤ 1,28
1058 <sup>1</sup>	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	N ≤ 3	0,00 %	0,25 %	Sentinel Event
321	TKez: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	0,17 %	0,21 %	0,25 %	nicht definiert
51397	TKez: Azidose bei reifen Einlingen	0,71	0,88	1,04	nicht definiert
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	0,83	0,91	1,03	≤ 4,46
318 <sup>1</sup>	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	95,64 %	96,09 %	96,98 %	≥ 90,00 %
51803 <sup>1</sup>	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	0,94	0,84	1,03	≤ 2,32
181800	TKez: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	0,94	0,63	0,78	nicht definiert
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	N ≤ 3	0,00 %	0,00 %	Sentinel Event
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	N ≤ 3	N ≤ 3	0,14 %	Sentinel Event
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	3,50 %	2,70 %	2,71 %	≤ 4,77 %
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	12,70 %	10,71 %	8,79 %	≤ 12,02 %
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	0,00 %	N ≤ 3	0,48 %	= 0
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	1,04 %	1,01 %	0,78 %	≤ 2,44 %
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,22 %	106,67 %	100,15 %	≥ 95,00 %

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,22 %	106,67 %	100,15 %	≤ 110,00 %
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,03 %	0,07 %	0,06 %	≤ 5,00 %

<sup>1</sup> Planungsrelevanter Qualitätsindikator bis 12.12.2024

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 13 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	52249	349	139	1,40	≤ 1,28	ST	A71
04-00	52249	629	258	1,41	≤ 1,28	ST	A71
04-00	850082	24	634	2641,67 %	≤ 110,00 %	ST	D81
06-01	182010	805	2	0,25	Sentinel Event	ST	U62
09-01	182014	146	19	13,01 %	≤ 12,02 %	ST	U62
09-02	318	8	7	87,50 %	≥ 90,00 %	ST	U62
09-02	51803	375	7	2,74 %	≤ 2,32 %	ST	A72
09-02	182014	397	51	12,85 %	≤ 12,02 %	ST	A71
11-00	51831	24	1	10,16	≤ 4,46	ST	U62
21-00	318	1	0	0,00 %	≥ 90,00 %	ST	U62
24-01	51803	1166	22	2,77 %	≤ 2,32 %	ST	A71
24-01	850318	14	1	0,07	= 0	ST	U99
30-02	182010	916	1	0,11	Sentinel Event	ST	U62
39-01	318	12	10	83,33 %	≥ 90,00 %	ST	U62
39-01	182014	696	93	13,36 %	≤ 12,02 %	ST	U63
39-01	850224	655	23	3,51 %	≤ 2,44 %	ST	U99
44-00	850081	613	534	87,11 %	≥ 95,00 %	ST	D80
50-01	850082	82	298	363,41 %	≤ 110,00 %	-	S99
50-01	850224	289	9	3,11 %	≤ 2,44 %	-	S99
50-02	51803	81	2	3,81 %	≤ 2,32 %	-	S99
50-02	51831	4	1	12,81	≤ 4,46	-	S99
50-02	850082	31	85	274,19 %	≤ 110,00 %	-	S99
50-02	850224	81	3	3,70 %	≤ 2,44 %	-	S99

## 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	42	42	100,00
04-00	0	65	
06-01	204	204	100,00
08-03	100	101	101,00
09-02	27	27	100,00
11-00	81	79	97,53
13-01	253	253	100,00
17-01	289	285	98,62
21-00	1	1	100,00
23-01	13	13	100,00
23-02	269	269	100,00
24-01	167	172	102,99
26-00	4	4	100,00
28-01	111	113	101,80
30-02	193	193	100,00
39-01	78	78	100,00
44-00	67	67	100,00
50-01	25	50	200,00
50-02	4	8	200,00
<b>Gesamt:</b>	<b>1.928</b>	<b>2.024</b>	<b>104,98</b>

## 2.9.2.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	N ≤ 3	0,29 %	0,22 %	Sentinel Event
51832	TKez: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	4,27 %	N ≤ 3	3,13 %	nicht definiert
51837	TKez: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	1,18	N ≤ 3	0,88	nicht definiert
51076	TKez: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	N ≤ 3	N ≤ 3	2,68 %	nicht definiert
50050	TKez: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	0,21	N ≤ 3	0,93	nicht definiert
222200	TKez: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus	N ≤ 3	0,00 %	0,81 %	nicht definiert
51838	TKez: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	3,35 %	0,00 %	1,84 %	nicht definiert
51843	TKez: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	1,76	0,00	1,06	nicht definiert
222201	TKez: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK	N ≤ 3	0,00 %	1,14 %	nicht definiert
51077	TKez: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	2,63	N ≤ 3	1,30 %	nicht definiert
50051	TKez: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	1,90	N ≤ 3	1,22	nicht definiert
51079	TKez: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	8,21 %	N ≤ 3	3,31 %	nicht definiert
50053	TKez: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	1,31	N ≤ 3	0,48	nicht definiert
51078	TKez: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	N ≤ 3	N ≤ 3	4,64 %	nicht definiert
50052	TKez: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	0,80	N ≤ 3	1,03	nicht definiert

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	1,05	0,49	0,81	≤ 1,65
50060	Nosokomiale Infektion	2,14	1,06	1,01	≤ 2,40
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	0,89	0,68	0,90	≤ 2,52
52262	Zunahme des Kopfumfangs	9,52 %	9,52 %	9,86 %	≤ 22,36 %
50063	Durchführung eines Hörtests	98,30 %	98,44 %	98,00 %	≥ 95,00 %
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	2,35	1,85	0,93	≤ 2,62
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	1,15	1,32	1,12	≤ 2,45
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	1,12 %	1,23 %	0,92 %	≤ 2,84 %
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	1,29 %	N ≤ 3	0,88 %	≤ 4,06 %
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	32,20 %	26,67 %	17,62 %	= 0
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	58,33 %	83,33 %	69,98 %	≤ 80,00 %
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	51,19 %	56,52 %	39,98 %	≤ 61,38 %
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	-	N ≤ 3	36,60 %	= 0
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	-	2,29 %	3,73 %	≤ 10,07 %
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,42 %	104,98 %	100,41 %	≥ 95,00 %
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,42 %	104,98 %	100,41 %	≤ 110,00 %
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,65 %	0,73 %	0,67 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 15 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenz- bereich</b>	<b>Maß- nahmen</b>	<b>Bewertung</b>
04-00	50063	62	58	93,55 %	≥ 95,00 %	ST	U62
04-00	850206	65	10	15,38 %	≤ 2,84 %	ST	U99
06-01	50069	6	1	5,57	≤ 2,62	ST	U62
06-01	852001	4	4	100,00 %	≤ 61,38 %	ST	U99
08-03	50063	99	93	93,94 %	≥ 95,00 %	ST	U63
08-03	850206	101	4	3,96 %	≤ 2,84 %	ST	U99
11-00	50069	4	1	11,89	≤ 2,62	ST	U62
13-01	51070	170	3	1,76	Sentinel Event	ST	U62
13-01	52262	51	12	23,53 %	≤ 22,36 %	ST	U62
13-01	851813	16	5	0,31	= 0	ST	U99
17-01	50069	33	5	4,14	≤ 2,62	ST	U62
23-01	50063	7	6	85,71 %	≥ 95,00 %	ST	U63
23-01	52262	2	2	100,00 %	≤ 22,36 %	ST	U62
23-01	850208	13	2	15,38 %	≤ 5,00 %	ST	U99
23-01	851902	2	2	100,00 %	≤ 80,00 %	ST	U99
23-01	852001	2	2	100,00 %	≤ 61,38 %	ST	U99
23-01	852301	11	2	18,18 %	≤ 10,07 %	ST	U99
23-02	51070	170	1	0,59	Sentinel Event	ST	U62
24-01	50060	142	3	4,25	≤ 2,40	ST	U62
24-01	50074	160	16	2,69	≤ 2,45	ST	U62
24-01	852001	1	1	100,00 %	≤ 61,38 %	ST	U99
26-00	50063	3	2	66,67 %	≥ 95,00 %	ST	U62
28-01	51070	111	1	0,90	Sentinel Event	ST	U62
30-02	852001	6	5	83,33 %	≤ 61,38 %	ST	U99
44-00	852001	1	1	100,00 %	≤ 61,38 %	ST	U99
50-01	50062	10	1	4,66	≤ 2,52	-	S99
50-01	850200	25	50	200,00 %	≤ 110,00 %	-	S99
50-02	850200	4	8	200,00 %	≤ 110,00 %	-	S99

### **2.9.3 Aktivitäten der Fachkommission**

Die Sitzung, auf welcher die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 30.07.2024 für die Leistungsbereiche Geburtshilfe und Neonatologie in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

#### **PM GEB und NEO**

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 42 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 13 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

### **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 2024 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	318	318	100,00
01-02	218	219	100,46
02-01	235	235	100,00
04-00	21	151	719,05
05-00	212	214	100,94
06-01	530	530	100,00
08-01	262	262	100,00
08-02	7	7	100,00
08-03	478	478	100,00
09-01	145	145	100,00
09-02	58	58	100,00
11-00	229	228	99,56
12-00	162	162	100,00
13-01	842	843	100,12
13-02	13	13	100,00
14-00	499	507	101,60
15-00	232	232	100,00
16-00	457	464	101,53
17-01	396	393	99,24
21-00	206	206	100,00
22-00	48	48	100,00
23-01	594	597	100,51
23-02	3	3	100,00
24-01	447	484	108,28
25-00	5	5	100,00
26-00	5	5	100,00
27-00	224	224	100,00
28-01	235	237	100,85
28-02	76	76	100,00
29-00	107	108	100,93
30-01	357	359	100,56
30-02	209	214	102,39

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
30-04	24	24	100,00
32-00	46	47	102,17
35-01	29	31	106,90
35-02	40	40	100,00
36-00	30	30	100,00
39-01	263	265	100,76
42-00	385	385	100,00
44-00	322	325	100,93
49-00	157	157	100,00
50-01	42	131	311,90
50-02	25	129	516,00
60-00	61	62	101,64
61-00	3	3	100,00
62-01	1	1	100,00
63-00	4	4	100,00
64-01	15	15	100,00
65-00	31	31	100,00
66-00	0	40	
67-03	12	12	100,00
69-00	109	109	100,00
71-00	7	9	128,57
72-01	5	5	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>9.441</b>	<b>9.880</b>	<b>95,56</b>

## 2.10.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2023) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/ Kategorie 1)	1,33	1,28	1,05	≤ 2,27
52326	TKez: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/ Kategorie 2	0,45 %	0,49 %	0,37 %	nicht definiert
521801	TKez: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/ Kategorie 3	0,08 %	0,09 %	0,06 %	nicht definiert
521800	TKez: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/ Kategorie nicht näher bezeichnet	0,01 %	0,01 %	0,01 %	nicht definiert
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/ Kategorie 4	0,01 %	0,01 %	0,005 %	Sentinel Event
QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	1,25 %	1,15 %	0,75 %	≤ 3,76 %
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	0,18 %	5,01 %	1,54 %	≤ 20,00 %
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,42 %	104,65 %	100,92 %	≥ 95,00 %
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,42 %	104,65 %	100,92 %	≤ 110,00 %
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,01 %	0,05 %	0,03 %	≤ 5,00 %
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	99,99 %	97,53 %	99,32 %	≥ 95,00 %
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	99,99 %	97,53 %	99,32 %	≤ 110,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 20 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenzbereich</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Bewertung</b>
01-01	52010	8919	4	0,04 %	Sentinel Event	ST	U63
01-02	52010	1931	2	0,10 %	Sentinel Event	ST	U62
02-01	52010	12784	6	0,05 %	Sentinel Event	ST	U62
04-00	850096	151	21	719,05 %	$\leq 110,00 \%$	ST	S99
04-00	851805	151	130	86,09 %	$\leq 20,00 \%$	ST	S99
05-00	52010	1759	2	0,11 %	Sentinel Event	ST	U63
08-01	851805	262	262	100,00 %	$\leq 20,00 \%$	ST	S99
08-01	851806	10982	0	0,00 %	$\geq 95,00 \%$	ST	S99
09-02	52010	7645	2	0,03 %	Sentinel Event	ST	U63
11-00	52010	14451	6	0,04 %	Sentinel Event	ST	U62
12-00	52010	8217	2	0,02 %	Sentinel Event	ST	U63
13-01	52009	30591	361	2,72 %	$\leq 2,27 \%$	ST	U61
13-01	52010	30591	4	0,01 %	Sentinel Event	ST	U62
13-02	52009	1339	5	4,14 %	$\leq 2,27 \%$	ST	U61
14-00	52010	19371	4	0,02 %	Sentinel Event	ST	U63
14-00	850359	507	44	8,68 %	$\leq 3,76 \%$	ST	S99
23-01	52010	28457	2	0,01 %	Sentinel Event	ST	U62
24-01	52010	22398	6	0,03 %	Sentinel Event	ST	A71
30-01	52010	13189	2	0,02 %	Sentinel Event	ST	U62
30-02	52010	11987	2	0,02 %	Sentinel Event	ST	U62
30-04	52009	1744	7	2,30 %	$\leq 2,27 \%$	ST	U61
39-01	52010	14057	1	0,01 %	Sentinel Event	ST	U62
44-00	52010	13708	1	0,01 %	Sentinel Event	ST	U62
49-00	52010	5572	1	0,02 %	Sentinel Event	ST	U62
50-01	52010	11753	3	0,03 %	Sentinel Event	-	S99
50-01	850096	131	42	311,90 %	$\leq 110,00 \%$	-	S99
50-02	850096	129	25	516,00 %	$\leq 110,00 \%$	-	S99

## **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 24 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 22 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 20.08.2024 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. Für den Leistungserbringer 24-01 wurde, vor den eventuellem Ergreifen von Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 gemäß DeQS-Richtlinie in 2025, über den Fachkommissionssitzenden ein beratendes Telefongespräch bei nicht einrichtungsübergreifender Umsetzung des Expertenstandards in mehreren Folgejahren geführt. Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmenstufe 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 2024 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	108	108	100,00
01-02	1	1	100,00
02-01	88	89	101,14
04-00	8	56	700,00
06-01	93	93	100,00
08-01	146	146	100,00
08-03	16	16	100,00
09-01	1	1	100,00
09-02	54	54	100,00
11-00	71	72	101,41
12-00	90	90	100,00
13-01	155	153	98,71
14-00	209	209	100,00
15-00	1	1	100,00
17-01	73	73	100,00
21-00	99	99	100,00
22-00	224	224	100,00
23-01	163	163	100,00
24-01	146	147	100,68
27-00	56	56	100,00
28-01	102	105	102,94
29-00	40	40	100,00
30-01	221	221	100,00
30-02	3	3	100,00
35-01	1	1	100,00
35-02	128	129	100,78

<b>KH-Nummer</b>	<b>erwartet</b>	<b>geliefert</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
36-00	11	11	100,00
39-01	123	123	100,00
42-00	148	150	101,35
44-00	66	66	100,00
49-00	5	5	100,00
50-01	14	31	221,43
<b>Gesamt:</b>	<b>2.664</b>	<b>2.736</b>	<b>102,70</b>

## 2.11.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
101803	Leitlinienkonforme Indikation	96,46 %	96,73 %	95,22 %	nicht definiert
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	99,52 %	99,64 %	99,63 %	nicht definiert
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	3,84 %	4,53 %	2,93 %	≤ 10,00%
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	91,51 %	91,96 %	88,29 %	nicht definiert
101800	Dosis-Flächen-Produkt	0,96	1,01	0,77	≤ 2,78
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	95,44 %	96,70 %	96,45 %	≥ 90,00 %
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	1,12 %	0,73 %	0,89 %	≤ 2,60 %
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,16	1,05	1,07	≤ 4,59
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	89,78 %	86,57 %	48,43 %	nicht definiert
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,64	0,75	0,90	≤ 3,68
2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	0,00 %	N ≤ 3	0,03 %	nicht definiert
102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	100,00 %	97,44 %	96,97 %	nicht definiert
813070	Häufig fühlendes Symptom 'sonstiges'	0,60 %	0,51 %	0,79 %	nicht definiert
813071	Häufig fühlende Indikation 'sonstiges'	0,68 %	0,55 %	0,77 %	≤ 3,51 %
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,08 %	102,37 %	100,56 %	≥ 95,00 %
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,44 %	102,70 %	100,90 %	≥ 95,00 %
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,44 %	102,70 %	100,90 %	≤ 110,00 %
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,20 %	N ≤ 3	0,17 %	≤ 5,00 %

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	99,56 %	-	-	nicht definiert
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1,08	1,12	0,98	≤ 2,51
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	0,72	1,31	0,91	≤ 5,45

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 12 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	51191	109	2	5,30	≤ 3,68	ST	U62
02-01	54143	78	16	20,51	≤ 10,00 %	ST	U63
02-01	101800	89	26	4,46	≤ 2,78	ST	S99
04-00	54143	46	5	10,87	≤ 10,00 %	ST	U63
04-00	850098	8	56	700,00	≤ 110,00 %	ST	S99
06-01	101801	93	4	4,30	≤ 2,60 %	ST	U62
09-02	52311	52	4	5,46	≤ 4,59	ST	U62
17-01	101800	72	13	2,89	≤ 2,78	ST	S99
17-01	101801	72	3	4,17	≤ 2,60 %	ST	U62
17-02	52305	3	2	66,67	≥ 90,00 %	ST	U63
21-00	2195	99	2	5,55	≤ 5,45 %	ST	U62
30-01	54143	157	26	16,56	≤ 10,00 %	ST	U63
36-00	101800	11	7	8,59	≤ 2,78	ST	U63
49-00	52311	5	1	20,14	≤ 4,59	ST	U62
49-00	101800	5	5	13,59	≤ 2,78	ST	U63
50-01	51191	31	1	5,25	≤ 3,68	-	S99
50-01	101801	31	1	3,23	≤ 2,60 %	-	S99
50-01	850098	14	31	221,43	≤ 110,00 %	-	S99

## 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 2024 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	9	9	100,00
04-00	9	9	100,00
06-01	8	8	100,00
08-01	27	27	100,00
08-03	9	9	100,00
09-02	9	9	100,00
11-00	10	10	100,00
12-00	3	3	100,00
13-01	4	4	100,00
13-02	22	22	100,00
14-00	18	18	100,00
17-01	44	44	100,00
21-00	3	3	100,00
23-01	10	10	100,00
24-01	47	48	102,13
27-00	4	4	100,00
28-01	5	5	100,00
29-00	8	8	100,00
30-01	13	13	100,00
35-02	25	27	108,00
36-00	3	3	100,00
39-01	5	5	100,00
42-00	10	10	100,00
44-00	10	10	100,00
49-00	1	1	100,00
50-01	6	6	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>336</b>	<b>340</b>	<b>101,19</b>

## 2.11.2.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	98,36 %	97,88 %	98,40 %	nicht definiert
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,00 %	0,00 %	0,14 %	nicht definiert

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind in diesem Jahr keine stationären Leistungserbringer auffällig.

## 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	12	12	100,00
02-01	11	11	100,00
04-00	0	3	-
06-01	17	17	100,00
08-01	21	21	100,00
08-03	4	4	100,00
09-02	1	1	100,00
11-00	5	5	100,00
12-00	14	14	100,00
13-01	40	40	100,00
14-00	36	36	100,00
17-01	7	7	100,00
21-00	6	6	100,00
22-00	36	36	100,00
23-01	33	33	100,00
24-01	18	19	105,56
27-00	8	8	100,00
28-01	4	4	100,00
28-02	1	1	100,00
29-00	4	4	100,00
30-01	22	22	100,00
35-02	10	10	100,00
39-01	7	7	100,00
42-00	12	12	100,00
44-00	4	4	100,00
49-00	4	4	100,00
50-01	0	4	-
<b>Gesamt:</b>	<b>337</b>	<b>345</b>	<b>102,37</b>

### 2.11.3.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	N ≤ 3	N ≤ 3	0,88 %	nicht definiert
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantiert Sonden	0,00 %	1,52 %	0,77 %	nicht definiert
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,87	1,58	0,90	≤ 4,51
850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	3,56 %	4,85 %	2,75 %	≤ 11,82 %
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,00 %	101,22 %	101,16 %	≥ 95,00 %
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,28 %	102,37 %	101,23 %	≥ 95,00 %
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,28 %	102,37 %	101,23 %	≤ 110,00 %
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	N ≤ 3	0,54 %	≤ 5,00 %

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

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	51404	12	1	12,51 %	≤ 4,51 %	ST	U62
08-01	850339	14	3	21,43 %	≤ 11,82 %	ST	U99
12-00	850339	11	5	45,45 %	≤ 11,82 %	ST	U99
13-01	83074	40	37	92,50 %	≥ 95,00 %	ST	U99
30-01	850219	22	2	9,09 %	≤ 5,00 %	ST	U99

## 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	35	35	100,00
02-01	18	18	100,00
04-00	1	16	1.600,00
06-01	28	28	100,00
08-01	38	38	100,00
11-00	22	22	100,00
12-00	17	17	100,00
13-01	44	44	100,00
14-00	27	27	100,00
17-01	11	11	100,00
21-00	11	11	100,00
22-00	44	44	100,00
23-01	81	81	100,00
24-01	32	34	106,25
27-00	19	19	100,00
28-01	55	55	100,00
29-00	14	14	100,00
30-01	28	28	100,00
35-02	49	49	100,00
39-01	29	29	100,00
42-00	20	20	100,00
44-00	6	6	100,00
50-01	0	1	-
<b>Gesamt:</b>	<b>629</b>	<b>647</b>	<b>102,86</b>

## 2.11.4.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
50055	Leitlinienkonforme Indikation	90,32 %	88,72 %	91,02 %	nicht definiert
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	97,06 %	88,94 %	93,78 %	nicht definiert
52131	Eingriffs dauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	94,03 %	94,47 %	90,92 %	nicht definiert
131801	Dosis-Flächen-Produkt	0,72	0,72	0,64	≤ 2,20
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	96,58 %	95,86 %	97,01 %	≥ 90,00 %
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	N ≤ 3	1,08 %	0,86 %	nicht definiert
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	N ≤ 3	1,01	0,94 %	≤ 5,63
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	93,63 %	92,56 %	48,66 %	nicht definiert
51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,96	1,07	1,10	nicht definiert
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	93,10 %	90,04 %	95,34 %	nicht definiert
850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	1,69 %	1,39 %	0,65 %	nicht definiert
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,48 %	102,86 %	100,16 %	≥ 95,00 %
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,46 %	102,86 %	100,67 %	≥ 95,00 %
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,46 %	102,86 %	100,67 %	≤ 110,00 %
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,00 %	0,08 %	≤ 5,00 %
132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	99,23 %	-	-	nicht definiert
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1,24	1,13	1,06	≤ 2,68
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1,23	1,46	1,05	≤ 5,76

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.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenz- bereich</b>	<b>Maß- nahmen</b>	<b>Bewertung</b>
02-01	131801	18	8	4,01	$\leq 2,20$	ST	S99
04-00	52316	57	41	71,93 %	$\geq 90,00 \%$	ST	U63
04-00	132001	14	2	3,68	$\leq 2,68$	ST	U62
04-00	132002	14	1	12,05	$\leq 5,76$	ST	U62
08-01	132001	29	3	2,88	$\leq 2,68$	ST	U62
12-00	131801	16	5	2,89	$\leq 2,20$	ST	U62
12-00	132002	18	1	8,03	$\leq 5,76$	ST	U62
14-00	52325	26	2	7,75	$\leq 5,63$	ST	U62
21-00	132002	14	1	10,77	$\leq 5,76$	ST	U62
29-00	52325	14	1	9,35	$\leq 5,63$	ST	U62
42-00	52325	20	1	5,69	$\leq 5,63$	ST	U63
50-01	52316	4	3	75,00 %	$\geq 90,00 \%$	-	S99

## 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 2024 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	14	15	107,14
04-00	4	4	100,00
06-01	5	5	100,00
08-01	5	5	100,00
08-03	3	3	100,00
11-00	17	17	100,00
12-00	3	3	100,00
13-01	9	9	100,00
13-02	15	15	100,00
14-00	6	7	116,67
17-01	14	14	100,00
21-00	14	14	100,00
22-00	4	4	100,00
23-01	11	11	100,00
24-01	22	22	100,00
27-00	7	7	100,00
28-01	7	7	100,00
29-00	9	9	100,00
30-01	3	3	100,00
35-02	20	21	105,00
39-01	1	1	100,00
42-00	1	1	100,00
44-00	4	4	100,00
50-01	1	1	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>202</b>	<b>205</b>	<b>101,49</b>

## 2.11.5.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	98,73 %	99,10 %	98,67 %	nicht definiert
141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	N ≤ 3	0,00 %	0,34 %	nicht definiert

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind in diesem Jahr keine stationären Leistungserbringer auffällig.

## 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 2024 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	2	2	100,00
06-01	4	4	100,00
08-01	7	7	100,00
11-00	8	8	100,00
13-01	21	21	100,00
14-00	8	8	100,00
17-01	2	2	100,00
22-00	33	33	100,00
23-01	40	40	100,00
24-01	28	28	100,00
27-00	6	6	100,00
28-01	11	11	100,00
29-00	4	4	100,00
30-01	12	12	100,00
35-02	7	7	100,00
39-01	1	1	100,00
42-00	4	4	100,00
44-00	3	3	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>204</b>	<b>204</b>	<b>100,00</b>

## 2.11.6.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	N ≤ 3	N ≤ 3	1,04 %	≤ 2,90 %
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantiert Sonden	0,00 %	0,00 %	0,48 %	nicht definiert
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	N ≤ 3	N ≤ 3	1,09	≤ 4,08
851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	12,32 %	4,93 %	6,91 %	≤ 16,67 %
581803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,00 %	97,86 %	100,37 %	≥ 95,00 %
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,00 %	100,00 %	100,78 %	≥ 95,00 %
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,00 %	100,00 %	100,78 %	≤ 110,00 %
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,47 %	N ≤ 3	0,27 %	≤ 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
13-01	851803	20	17	85,00 %	≥ 95,00 %	ST	U99
23-01	151800	39	2	5,13 %	≤ 2,90 %	ST	U62
27-00	151800	6	1	16,67 %	≤ 2,90 %	ST	U62
29-00	51196	4	1	16,14	≤ 4,08	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 35 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für den stationären Bereich, die wie folgt auf die jeweiligen Auswertungsmodule verteilt sind:

Modul	Anzahl Stellungnahmen	Anzahl Leistungserbringer
HSM-IMPL	15	11
HSM-AGGW	0	0
HSM-REV	5	5
DEFI-IMPL	11	8
DEFI-AGGW	0	0
DEFI-REV	4	4

Die Sitzung, auf welcher die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 13.08.2024 für die Leistungsbereiche Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation, Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel und Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/-Explantation in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

## 2.11.8 Empfehlungen der Fachkommission

34 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 2024 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	42	42	100,00
01-02	60	61	101,67
02-01	91	92	101,10
04-00	9	70	777,78
06-01	134	134	100,00
08-01	9	9	100,00
08-03	97	97	100,00
09-01	46	46	100,00
09-02	21	21	100,00
11-00	91	90	98,90
12-00	29	29	100,00
13-01	67	67	100,00
14-00	65	66	101,54
16-00	138	138	100,00
21-00	52	52	100,00
23-01	110	110	100,00
24-01	158	158	100,00
27-00	44	44	100,00
28-01	67	70	104,48
28-02	36	37	102,78
29-00	43	44	102,33
30-01	95	95	100,00
30-02	2	2	100,00
32-00	16	17	106,25
35-01	53	54	101,89
36-00	21	21	100,00
39-01	74	75	101,35
42-00	68	68	100,00
44-00	82	82	100,00

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
49-00	78	80	102,56
50-01	10	21	210,00
50-02	11	7	63,64
<b>Gesamt:</b>	<b>1.919</b>	<b>1.999</b>	<b>104,17</b>

### 2.12.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
54030	Präoperative Verweildauer	13,53 %	11,90 %	8,80 %	≤ 15,00 %
54050	Sturzprophylaxe	96,99 %	96,67 %	97,59 %	≥ 90,00 %
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,33	1,18	0,89	≤ 2,02
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,71 %	0,79	0,99	≤ 2,95
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0,91	1,34	1,34	≤ 2,74
54046	Transparenzkennzahl Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,10	1,07	1,00	nicht definiert
850147	Angabe von ASA 5	0,20 %	0,25 %	0,06 %	= 0,00
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	-	-	46,77 %	= 0,00
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	60,87 %	41,18 %	20,98 %	≤ 50,00 %
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,24 %	104,17 %	100,97 %	≥ 95,00 %
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,24 %	104,17 %	100,97 %	≤ 110,00 %
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,20 %	N ≤ 3	0,11 %	≤ 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.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenzbereich</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Bewertung</b>
02-01	850147	92	2	0,02	= 0,00	ST	S99
04-00	54050	61	50	81,97	≥ 90,00 %	ST	U63
04-00	850147	70	1	0,01	= 0,00	ST	S99
04-00	850352	9	70	777,78	≤ 110,00 %	ST	S99
08-01	54030	5	1	20,00	≤ 15,00 %	ST	U62
08-01	54029	5	1	13,69	≤ 2,95	ST	U62
08-03	54029	101	7	3,68	≤ 2,95	ST	U62
11-00	54033	80	36	2,38	≤ 2,02	ST	U61
12-00	54042	29	6	2,84	≤ 2,74	ST	U62
13-01	54030	66	13	19,70	≤ 15,00 %	ST	U62
16-00	54030	137	24	17,52	≤ 15,00 %	ST	U62
21-00	850147	52	1	0,02	= 0,00	ST	S99
23-01	54030	109	22	20,18	≤ 15,00 %	ST	U62
24-01	54030	158	25	15,82	≤ 15,00 %	ST	U62
24-01	54033	130	61	3,32	≤ 2,02	ST	U63
24-01	850147	158	1	0,01	= 0,00	ST	S99
24-01	850149	3	3	100,00	≤ 50,00 %	ST	S99
32-00	54033	14	8	2,74	≤ 2,02	ST	U62
36-00	54030	21	5	23,81	≤ 15,00 %	ST	U62
36-00	54033	16	6	2,16	≤ 2,02	ST	U62
36-00	54029	21	1	3,49	≤ 2,95	ST	U62
42-00	54042	68	24	3,45	≤ 2,74	ST	U63
49-00	54030	79	12	15,19	≤ 15,00 %	ST	U62
49-00	54033	40	21	3,14	≤ 2,02	ST	U61
50-01	54030	21	5	23,81	≤ 15,00 %	-	S99
50-01	850352	10	21	210,00	≤ 110,00 %	-	S99
50-02	850351	11	7	63,64	≥ 95,00 %	-	S99

## 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 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	82	83	101,22
01-02	67	66	98,51
02-01	172	172	100,00
04-00	7	99	1414,29
06-01	297	297	100,00
08-01	6	6	100,00
08-03	199	199	100,00
09-01	158	158	100,00
09-02	77	77	100,00
11-00	264	260	98,48
12-00	47	47	100,00
13-01	266	266	100,00
14-00	462	470	101,73
15-00	177	177	100,00
16-00	253	253	100,00
21-00	218	218	100,00
23-01	298	298	100,00
24-01	125	125	100,00
25-00	295	295	100,00
26-00	221	221	100,00
27-00	634	634	100,00
28-01	290	290	100,00
28-02	69	69	100,00
29-00	176	175	99,43
30-01	205	206	100,49
32-00	137	139	101,46
35-01	140	141	100,71
35-02	3	3	100,00
36-00	39	39	100,00
39-01	200	202	101,00
42-00	176	176	100,00
44-00	218	219	100,46
49-00	215	219	101,86
50-01	45	72	160,00

<b>KH-Nummer</b>	<b>erwartet</b>	<b>geliefert</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
50-02	38	27	71,05
<b>Gesamt:</b>	<b>6.276</b>	<b>6.398</b>	<b>101,94</b>

## 2.12.2.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	96,20 %	96,58 %	97,60 %	≥ 90,00 %
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	88,25 %	90,83 %	91,68 %	≥ 86,00 %
54003	Präoperative Verweildauer	14,81 %	13,04 %	8,96 %	≤ 15,00 %
54004	Sturzprophylaxe	95,58 %	97,07 %	97,29 %	≥ 90,00 %
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0,95	1,36	1,35	≤ 2,79
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2,21 %	1,82	1,34	≤ 4,00
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	7,33 %	1,63	1,36	≤ 3,29
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	4,47 %	0,83	1,11	≤ 2,58
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	3,02 %	1,40	1,03	≤ 2,86
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0,92	1,27	1,31	≤ 2,59
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,49	1,41	0,98	≤ 2,41
192300	Transparenzkennzahl Treppensteigen bei Entlassung	98,21 %	98,60 %	98,38 %	nicht definiert
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0,12 %	0,86	0,98	≤ 4,32
191914	Transparenzkennzahl Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,19	0,89	1,03	nicht definiert
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	0,90	0,84	0,97	≤ 2,49
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	30,34 %	27,94 %	17,42 %	≤ 50,00 %
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	15,38 %	23,44 %	15,96 %	≤ 30,00 %

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenz-bereich
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	11,29 %	11,29 %	9,63 %	≤ 2
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	62,59 %	51,43 %	56,50 %	≤ 90,00 %
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	19,64 %	N ≤ 3	7,36 %	= 0,00
852102	Angabe von ASA 5	N ≤ 3	N ≤ 3	0,01 %	= 0,00
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	99,97 %	102,05 %	100,43 %	≥ 95,00 %
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	100,17 %	102,01 %	100,54 %	≥ 95,00 %
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	100,17 %	102,01 %	100,54 %	≤ 110,00 %
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	101,05 %	100,43 %	100,46 %	≥ 95,00 %
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	101,05 %	100,43 %	100,46 %	≤ 110,00 %
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,06 %	0,00 %	0,07 %	≤ 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	Referenz-bereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	54016	54	5	5,21	≤ 4,00	ST	U62
01-01	54013	62	1	5,30	≤ 4,32	ST	U62
01-02	54003	1	1	100,00 %	≤ 15,00 %	ST	U61
02-01	54001	64	51	79,69 %	≥ 90,00 %	ST	U63
02-01	850152	8	5	62,50 %	≤ 50,00 %	ST	S99
04-00	54003	45	7	15,56 %	≤ 15,00 %	ST	U62
04-00	54004	76	66	86,84 %	≥ 90,00 %	ST	U63
04-00	850275	7	99	1414,29 %	≤ 110,00 %	ST	S99
06-01	54017	16	5	3,64	≤ 3,29	ST	U62
08-01	54016	1	1	33,79	≤ 4,00	ST	U63
08-01	54012	3	1	2,92	≤ 2,41	ST	U61
08-03	54017	6	2	3,53	≤ 3,29	ST	U63
09-01	54002	9	6	66,67 %	≥ 86,00 %	ST	U63

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenz-bereich	Maßnahmen	Bewertung
09-01	54003	33	5	15,15 %	$\leq 15,00 \%$	ST	U62
09-01	54018	33	6	4,20	$\leq 2,58$	ST	U62
09-01	54019	105	8	3,22	$\leq 2,86$	ST	U62
09-01	54012	128	13	2,72	$\leq 2,41$	ST	U62
09-02	54002	11	8	72,73 %	$\geq 86,00 \%$	ST	U62
09-02	54019	47	4	4,65	$\leq 2,86$	ST	U62
09-02	54120	11	3	3,06	$\leq 2,59$	ST	U62
09-02	10271	94	7	4,51	$\leq 2,49$	ST	U61
11-00	54001	161	142	88,20 %	$\geq 90,00 \%$	ST	U63
11-00	54003	78	15	19,23 %	$\leq 15,00 \%$	ST	U62
11-00	850276	27	25	92,59 %	$\geq 95,00 \%$	ST	S99
12-00	54001	21	18	85,71 %	$\geq 90,00 \%$	ST	U63
12-00	54002	2	1	50,00 %	$\geq 86,00 \%$	ST	U62
12-00	54003	24	5	20,83 %	$\leq 15,00 \%$	ST	U62
12-00	54016	21	3	7,50	$\leq 4,00$	ST	U62
12-00	54017	2	1	13,08	$\leq 3,29$	ST	U62
12-00	54018	24	3	3,17	$\leq 2,58$	ST	S99
12-00	54019	21	3	4,81	$\leq 2,86$	ST	S99
12-00	54120	2	1	3,32	$\leq 2,59$	ST	S99
12-00	54012	42	18	4,85	$\leq 2,41$	ST	U61
13-01	54016	134	10	5,22	$\leq 4,00$	ST	U62
13-01	54019	134	13	3,92	$\leq 2,86$	ST	S99
13-01	54120	32	11	2,66	$\leq 2,59$	ST	S99
16-00	54003	142	23	16,20 %	$\leq 15,00 \%$	ST	U62
16-00	54016	66	5	4,14	$\leq 4,00$	ST	U62
16-00	54019	66	8	2,93	$\leq 2,86$	ST	U62
23-01	54003	74	19	25,68 %	$\leq 15,00 \%$	ST	U62
24-01	54001	46	40	86,96 %	$\geq 90,00 \%$	ST	U63
24-01	54003	73	16	21,92 %	$\leq 15,00 \%$	ST	U62
24-01	54012	103	29	4,35	$\leq 2,41$	ST	U63
25-00	54002	13	10	76,92 %	$\geq 86,00 \%$	ST	U62
25-00	54017	10	2	4,43	$\leq 3,29$	ST	U63
26-00	54017	10	1	4,75	$\leq 3,29$	ST	U63
27-00	850151	9	3	33,33 %	$\leq 30,00 \%$	ST	S99
29-00	54002	5	4	80,00 %	$\geq 86,00 \%$	ST	U62

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
30-01	54002	27	23	85,19 %	≥ 86,00 %	ST	U63
30-01	850277	22	26	118,18 %	≤ 110,00 %	ST	S99
32-00	54002	6	5	83,33 %	≥ 86,00 %	ST	U63
36-00	54003	25	8	32,00 %	≤ 15,00 %	ST	U62
36-00	54018	26	3	2,60	≤ 2,58	ST	U62
36-00	54019	14	1	3,27	≤ 2,86	ST	U62
42-00	54015	57	27	4,01	≤ 2,79	ST	U62
42-00	54018	57	7	2,67	≤ 2,58	ST	U62
44-00	850276	12	11	91,67 %	≥ 95,00 %	ST	S99
49-00	54002	7	6	85,71 %	≥ 86,00 %	ST	U63
49-00	54003	63	10	15,87 %	≤ 15,00 %	ST	U63
49-00	54012	168	36	6,42	≤ 2,41	ST	U61
50-01	54001	48	43	89,58 %	≥ 90,00 %	-	S99
50-01	54012	63	10	5,86	≤ 2,41	-	S99
50-01	850275	40	67	167,50 %	≤ 110,00 %	-	S99
50-02	850274	37	27	72,97 %	≥ 95,00 %	-	S99
50-02	850376	37	27	72,97 %	≥ 95,00 %	-	S99

### 2.12.3 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 84 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer des stationären Bereiches, die wie folgt auf die jeweiligen Auswertungsmoduln verteilt sind:

Modul	Anzahl Stellungnahmen	Anzahl Leistungserbringer
HGV-OSFRAK	24	15
HGV-HEP	60	25

Die erste Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 22.07.2024 in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt. Auf einer zweiten Sitzung in Form einer Videokonferenz am 08.10.2024, konnten angeforderte Ergänzungen zu vorliegenden Stellungnahmen abschließend bewertet werden.

Die Einrichtung 50 mit ihren 2 Standorten hat die Geschäftsstelle der LAG über einen schwerwiegenden IT – Vorfall, bei dem die Datenbank des Krankenhausinformationssystems gelöscht wurde, informiert. Aufgrund, dass für das Verfahrensjahr 2023 nur unvollständig aus den

ersten Quartalen übermittelte Daten, auf die auch keinerlei Zugriff mehr möglich ist, vorliegen, wurde auf Beschluss der LAG kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

#### **2.12.4 Empfehlungen der Fachkommission**

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

Drei Leistungserbringer wurden nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten.

Eine abschließende Bewertung der Fachkommission erfolgte als plausibel.

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)

### 2.13.1.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (geliefert), die dokumentationspflichtigen Datensätze (erwartet) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten (Vollzähligkeit) pro Einrichtung für das Auswertungsjahr 2024 aus.

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

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
01-01	75	75	100,00
01-02	15	15	100,00
02-01	90	91	101,11
04-00	4	76	1.900,00
06-01	271	271	100,00
08-01	1	1	100,00
08-03	211	211	100,00
09-01	153	153	100,00
09-02	26	26	100,00
11-00	170	171	100,59
12-00	2	2	100,00
13-01	237	237	100,00
14-00	329	329	100,00
15-00	316	316	100,00
16-00	129	129	100,00
21-00	195	195	100,00
23-01	230	230	100,00
24-01	58	58	100,00
25-00	505	506	100,20
26-00	343	344	100,29
27-00	625	625	100,00
28-01	211	212	100,47
28-02	144	144	100,00
29-00	208	208	100,00
30-01	140	140	100,00
32-00	195	196	100,51
35-01	113	113	100,00
36-00	52	52	100,00
39-01	117	121	103,42
42-00	189	188	99,47
44-00	180	180	100,00
49-00	181	182	100,55
50-01	40	159	397,50
50-02	18	16	88,89

KH-Nummer	erwartet	geliefert	Vollzähligkeit in %
<b>Gesamt:</b>	<b>5.773</b>	<b>5.972</b>	<b>103,45</b>

### 2.13.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2024 waren die Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für die Auswertungsjahre 2023 und 2024 (ST 2023, ST 2024) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2024) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2023	Ergebnis ST 2024	Ergebnis BU 2024	Referenzbereich
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	96,60 %	97,92 %	98,02 %	nicht definiert
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	91,54 %	96,05 %	97,36 %	nicht definiert
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	91,65 %	91,47 %	92,15 %	nicht definiert
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	1,62 %	1,68 %	1,19 %	nicht definiert
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	4,09 %	5,61 %	4,15 %	nicht definiert
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	0,72 %	0,88 %	0,85 %	nicht definiert
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	6,55 %	7,60 %	5,90 %	nicht definiert
54026	Transparenzkennzahl Beweglichkeit bei Entlassung	92,05 %	92,28 %	91,62 %	nicht definiert
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,34	1,19	1,43	≤ 4,44
202300	Transparenzkennzahl Treppensteigen bei Entlassung	99,21 %	99,28 %	99,06 %	nicht definiert
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0,09 %	N ≤ 3	0,03 %	nicht definiert
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen <sup>1</sup>	99,76 %	-	-	≥ 98,72 %

<sup>1</sup> Aufgrund eines Fehlers in den Rechenregeln können die Ergebnisse nicht dargestellt werden.

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.

<b>KH</b>	<b>QI-ID</b>	<b>Nenner</b>	<b>Zähler</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Referenz- bereich</b>	<b>Maß- nahmen</b>	<b>Bewertung</b>
09-02	54028	24	1	8,62 %	≤ 4,44	ST	U61
49-00	54028	178	10	11,10 %	≤ 4,44	ST	U63

### **2.13.2 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 2 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 2 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 07.08.2024 in Form einer Hybridveranstaltung durchgeführt.

### **2.13.3 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 2024 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
- Vorbereitung des Stellungnahmeverfahrens für ambulante Leistungserbringer
- 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/>)