

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

**Geschäftsbericht der
Geschäftsstelle der LAG Sachsen-Anhalt
des Kalenderjahres 2020**

Stand 28.05.2021

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Verfahren gemäß DeQS-RL.....	5
2.1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) Erfassungsjahr 2019..	5
2.1.1	Datengrundlage 2019	5
2.1.2	Ergebnisse.....	6
2.1.3	Aktivitäten der Fachkommission	9
2.1.4	Empfehlungen der Fachkommission	9
2.2	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (QS WI) Erfassungsjahr 2019	10
2.2.1	Datengrundlage 2019	10
2.2.2	Ergebnisse.....	11
2.2.3	Aktivitäten der Fachkommission	15
2.2.4	Empfehlungen der Fachkommission	15
2.3	Cholezystektomie (QS CHE).....	16
2.3.1	Datengrundlage 2019	16
2.3.2	Ergebnisse.....	17
2.3.3	Aktivitäten der Fachgruppe	17
2.4	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).....	18
2.4.1	Datengrundlage	18
2.4.2	Ergebnisse.....	18
2.4.3	Aktivitäten der Fachgruppe	18
2.4.4	Empfehlungen der Fachgruppe	18
3	Weitere Tätigkeiten der Geschäftsstelle	19

1 Einleitung

Mit dem Abschluss des Vertrages zur Umsetzung der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des 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.

In 2020 waren 5 Leistungsbereiche (QS Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie, QS Wundinfektionen mit einrichtungsbezogener Dokumentation, QS Wundinfektionen mit fallbezogener Dokumentation, QS Cholezystektomie, QS Nierenersatztherapie) dokumentationspflichtig.

Die Umsetzung der anstehenden Arbeitsaufgaben gem. DeQS-RL erfolgte mit 1,5 VK Sachbearbeiter*innen.

Aufgrund der vom GBA am 27.03., 14.05 und 03.12. beschlossenen „COVID-19-Ausnahmen zu QS-Anforderungen“ wurde das Stellungnahmeverfahren bis zum 31. Oktober 2020 ausgesetzt und bis zum 31.03.2021 verlängert. Gem. den Ausführungen des GBA wurde den Leistungserbringern jedoch optional die Möglichkeit der Abgabe von Stellungnahmen schon vor dem 31. Oktober 2020 eingeräumt mit der Möglichkeit, zu einem Zeitpunkt nach dem 31.10.2020 noch Veränderungen vorzunehmen.

Die Sitzungen der Fachkommission für den Leistungsbereich QS PCI fanden am 07.10.2020 und 21.01.2021, hier bedingt durch die Covid-19-Pandemie in Form einer Videokonferenz, statt. Anlässlich dieser Sitzungen bewertete die Fachkommission die Ergebnisse des Verfahrensjahres 2019, verbunden mit einer entsprechenden Empfehlung zur Auslösung des Stellungnahmeverfahrens an das Lenkungsgremium der LAG und die im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens erhaltenen Antworten der Leistungserbringer. Daten aus dem ambulanten Sektor fielen in 2020 nicht an, da die Leistung ausschließlich stationär erbracht wurde.

Eine im September 2020 durchgeführte Umfrage der Geschäftsstelle unter den Fachkommissionsmitgliedern QS NWI ergab mehrheitlich deren Auffassung, aufgrund der nicht aussagekräftigen Datengrundlage keine Sitzung zu den Ergebnissen des Jahres 2019 durchzuführen. Das Lenkungsgremium der LAG beschloss daraufhin auf seiner Sitzung am 19.10.2020 einstimmig die Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens für das Jahr 2019.

Gemäß § 22 Abs. 3 DeQS-RL sind durch die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) sowohl der Haushalt als auch ein jährlicher Geschäftsbericht an den G-BA zu übermitteln und zu veröffentlichen.

Aufgrund der Ansiedlung der Geschäftsstelle der LAG an der Ärztekammer Sachsen-Anhalt unterliegt diese keiner eigenen Gesellschafterform. Der nachfolgende Bericht zum Jahr 2020 ist somit nicht als Geschäftsbericht im eigentlichen Sinne, sondern eher als Tätigkeitsbericht gemäß § 8 c Abs. 2 der Geschäftsordnung der LAG zu verstehen.

2 Verfahren gemäß DeQS-RL

2.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) Erfassungsjahr 2019

2.1.1 Datengrundlage 2019

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung aus.

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

Modul - QS PCI - Verfahrensjahr 2019

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	722	722	100,55
01-02	5	5	100,00
02-01	1310	1321	100,84
06-00	828	827	99,88
08-01	1091	1092	100,09
08-03	13	13	100,00
11-00	638	676	105,96
12-00	1015	1003	98,82
13-00	1566	1564	99,87
14-00	789	791	100,25
17-00	1461	1463	100,14
21-00	1201	1201	100,00
22-00	2390	2409	100,79
23-00	1651	1676	101,51
24-00	1262	1271	100,71
27-00	929	929	100,00
28-01	9	9	100,00
28-02	957	957	100,00
29-00	730	752	103,01
30-01	1939	1944	100,26
30-02	29	29	100,00
35-00	1194	1202	100,67
39-00	1924	1924	100,00
42-00	1425	1426	100,07
44-00	774	774	100,00
50-02	2	2	100,00
69-00	1	1	100,00
Gesamt:	25.854	25.986	100,51

2.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2020 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2019 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2018 und 2019 (ST 2018, ST 2019) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2019) des jeweiligen Indikators. Trotz Ausweisung der Indikatoren zu Sterblichkeit und Komplikationen (MACCE) in der Datenbank des IQTIG, wurden diese aufgrund der nicht einbezogenen Sozialdaten zur Berechnung des Follow up erneut (wie schon 2018) nicht berechnet.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis-ST 2018	Ergebnis-ST 2019	Ergebnis-BU 2019	Referenzbereich
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	59,34%	63,91%	60,29%	≥ 27,84%
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund	29,17%	28,90%	31,43%	≤ 57,36%
56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	98,31%	98,72%	98,56%	≤ 95,24%
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	67,26%	67,85%	70,70%	≥ 44,01%
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	22,28%	11,31%	5,09%	≤ 20,93%
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800cGy x cm ²	18,28%	1,02	1,02	≤ 2,30
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	24,09%	0,96	1,01	≤ 2,24
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	28,91%	1,15	1,01	≤ 2,18
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	0,34%	0,22%	0,35%	≤ 0,81%
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	3,11%	2,89%	5,43%	≤ 12,75%
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	14,49%	23,24%	19,47%	≤ 43,76%
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	9,38%	8,73%	12,37%	≤ 28,96%
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	90,17%	90,20%	92,03%	≥ 84,21%
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	93,58%	94,12%	94,45%	≥ 89,01%
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	nicht berechnet	5,00%	4,61%	nicht definiert
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	nicht berechnet	5,84%	5,21%	nicht definiert

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 13 stationärer und 0 ambulanter Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Indikatorbezeichnung	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzwert	Maßnahmen	Bewertung
01-01	56002	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	287	273	56,00%	≤ 44,93%	ST	U62
08-01	56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	35	9	25,71%	≤ 20,93%	ST	U99
08-01	56005	Dosis-Flächen-Produkt – Isolierte Koronarangiographie mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	741	301	2,45%	≤ 2,30%	ST	U99
08-01	56007	Dosis-Flächen-Produkt – Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	374	251	2,97%	≤ 2,18%	ST	U99
11-00	56006	Dosis-Flächen-Produkt – Isolierte Koronarangiographie mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	4	2	2,65%	≤ 2,24%	ST	U63
12-00	56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	23	11	47,83%	≤ 20,93%	ST	A99
13-00	56008	Dosis-Flächen-Produkt – Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	1617	17	1,05%	≤ 0,81%	ST	U63
14-00	56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	19	6	31,58%	≤ 20,93%	ST	U62
14-00	56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI - Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	30	22	73,33%	≥ 84,21%	ST	U61
21-00	56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	385	261	67,79%	≤ 57,36%	ST	D80
21-00	56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	44	43	97,73%	≤ 20,93%	ST	D80
24-00	56008	Dosis-Flächen-Produkt – Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	1279	12	0,94%	≤ 0,81%	ST	U63
28-00	56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	2	2	100,00%	≤ 20,93%	ST	U62
28-00	56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250ml	9	3	33,33%	≤ 28,96%	ST	U62
28-00	56005	Dosis-Flächen-Produkt – Isolierte Koronarangiographie mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	10	4	3,22%	≤ 2,30%	ST	U61
28-00	56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI - Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	9	8	88,89%	≥ 89,01%	ST	U63

KH	QI-ID	Indikatorbezeichnung	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzwert	Maßnahmen	Bewertung
28-01	56005	Dosis-Flächen-Produkt – Isolierte Koronarangiographie mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	532	252	2,76%	≤ 2,30%	ST	U99
28-01	56006	Dosis-Flächen-Produkt – Isolierte Koronarangiographie mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	32	22	2,75%	≤ 2,24%	ST	U63
28-01	56007	Dosis-Flächen-Produkt – Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	502	290	2,58%	≤ 2,18%	ST	U63
28-01	56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200ml	32	17	53,13%	≤ 43,46%	ST	U63
29-00	56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200ml	2	1	50,00%	≤ 43,46%	ST	U61
30-01	56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	890	238	26,74%	≥ 27,84%	ST	U99
30-01	56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	76	28	36,84%	≥ 44,01%	ST	U99
50-02	56008	Dosis-Flächen-Produkt – Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	2	1	50,00	≤ 0,81%	ST	U62

2.1.3 Aktivitäten der Fachkommission

- Sitzung am 07.10.2020 in Magdeburg

Es erfolgte eine Beurteilung der Ergebnisse der Landesauswertung 2019 für den Leistungsbereich Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie für Sachsen-Anhalt.

Sämtliche Referenzbereiche zu den Indikatorergebnissen sind perzentilbasiert (Perzentil Bund). Es scheint sich bei den Abweichungen häufig um rechnerische Probleme der „kleinen Fallzahlen“ (6 der 24 Abweichungen mit einem Nenner unter 20) zu handeln. Ein weiterhin bestehendes Problem ist, dass bei Verbringungsleistungen die Fälle den entlassenden Einrichtungen zugerechnet werden. So ist bei 8 der insgesamt 29 Einrichtungen aufgrund der Gesamtfallzahlen (1-24) davon auszugehen, dass die Leistung nicht selbst erbracht wurde.

- Sitzung am 21.01.2021, pandemiebedingt als Videokonferenz

Es erfolgte eine Beratung der von allen angeschriebenen Einrichtungen vorliegenden Stellungnahmen.

Die eingegangenen Erläuterungen der Leistungserbringer wurden von den Sitzungsteilnehmern als plausibel bewertet, so dass sich keine weiteren Nachfragen ergaben.

2.1.4 Empfehlungen der Fachkommission

- Die Fachkommission empfahl der LAG, die Auslösung eines Stellungnahmeverfahrens zur Erläuterung der vom Referenzbereich abweichenden Ergebnisse gem. DeQS-RL. Daraus ergaben sich nach Beschlussfassung des Gremiums insgesamt 24 Nachfragen.
- 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 Erfassungsjahr 2019 abgeschlossen werden.

2.2 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (QS WI) Erfassungsjahr 2019

2.2.1 Datengrundlage 2019

Die nachfolgende Tabelle weist die fallbezogenen dokumentierten Datensätze (IST) und die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) pro Einrichtung aus.

Modul – NWIF Verfahrensjahr 2019

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	328	328	100,00
01-02	57	57	100,00
02-01	226	225	99,56
04-00	180	186	103,33
05-00	38	39	102,63
06-00	515	514	99,81
07-00	150	150	100,00
08-01	214	214	100,00
08-02	124	124	100,00
08-03	213	213	100,00
09-01	124	124	100,00
09-02	153	153	100,00
11-00	220	201	91,36
12-00	132	128	96,97
13-00	1020	1029	100,88
14-00	415	423	101,93
15-00	102	104	101,96
16-00	511	511	100,00
17-00	277	275	99,28
18-00	20	20	100,00
21-00	237	237	100,00
22-00	108	108	100,00
23-00	1016	801	78,84
24-00	696	656	94,25
25-00	37	37	100,00
26-00	95	95	100,00
27-00	189	111	58,73
28-01	293	294	100,34

KH-Nummer	dokumentations- pflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
28-02	68	68	100,00
29-00	138	154	111,59
30-01	283	277	97,88
30-02	223	225	100,90
30-04	2	3	150,00
32-00	129	138	106,98
35-00	156	161	103,21
36-00	67	68	101,49
39-00	268	268	100,00
42-00	351	351	100,00
44-00	347	347	100,00
49-00	187	146	78,07
50-01	245	249	101,63
50-02	123	124	100,81
51-00	5	5	100,00
60-00	4	4	100,00
63-00	1	1	100,00
66-00	8	8	100,00
67-00	3	3	100,00
69-00	53	53	100,00
71-00	1	1	100,00
Gesamt:	10.352	10.011	95,92

2.2.2 Ergebnisse

Aufgrund der weiterhin fehlenden Follow up Daten wurden die in der Indikatorendatenbank aufgeführten Indikatorergebnisse bezüglich der fallbezogenen Qualitätssicherung seitens des IQTIG wie bereits für 2018 auch für 2019 nicht ausgewiesen. Die Ergebnisse beschränkten sich somit auf die Daten der Einrichtungsbefragung.

Die Auswertungen zum QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) enthalten damit wie bereits im Vorjahr ausschließlich Angaben zum Hygiene- und Infektionsmanagement der einzelnen Leistungserbringer (ambulant und stationär) basierend auf den einrichtungsbezogenen Befragungen.

Nach Aussagen des IQTIG hat sich die Datenqualität der Sozialdaten, die zur Ergebnisdarstellung verknüpft werden müssen, nach Prüfung als noch nicht ausreichend erwiesen, um einen validen Einrichtungsvergleich durchführen zu können.

Die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2019 und (im Vergleich) 2018 verdeutlichen, dass eine Einrichtung im stationären Bereich (KH-05) sowohl in 2018 als auch in 2019 bei den Unterpunkten „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie“, „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe“ und „Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff“ Abweichungen vom Referenzwert aufweist.

Alle weiteren Einrichtungen waren entweder nur in 2018 oder nur in 2019 zu einzelnen Unterpunkten auffällig.

Für 2018 war von der LAG am 04.05.2020 im Zusammenhang mit den „Covid-19-Entlastungsbeschlüssen“ des GBA eine Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens bei Zeitverzögerung des Gesamtverfahrens bedingt durch eine späte Einrichtung der Geschäftsstelle der LAG zum 01.06.2019 beschlossen wurden. Vor dem o.g. Hintergrund weiterhin nicht vorliegender Indikatorergebnisse wurde nach Votum der Fachkommission eine Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens auch für 2019 diskutiert.

Das Lenkungsgremium der LAG beschloss einstimmig, das Stellungnahmeverfahren QS WI für das Erfassungsjahr 2019 auszusetzen, da die ausschließlich zum Hygiene- und Infektionsmanagement vorliegenden Daten für einen Leistungserbringervergleich, auch in Ermangelung möglicher Angaben zur Vollständigkeit vorliegender Meldungen, nicht aussagekräftig sind. Der Leistungserbringer KH-05 erhielt ein Hinweisschreiben über die wiederholte Abweichung.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung in Sachsen-Anhalt für die Jahre 2018 und 2019 im stationären und ambulanten Bereich im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2019) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI- Bezeichnung	Ergebnis ST 2018	Ergebnis ST 2019	Ergebnis BU 2019	Referenzbereich
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement stationäre Einrichtungen	81,38 / 100 Punkte	79,86 / 100 Punkte	82,35 / 100 Punkte	≥ 64,26 / 100 Punkte
2001	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf chirurgischen und interdisziplinären Intensivstationen	110,50ml / Belegungstag	139,62ml / Belegungstag	127,61ml / Belegungstag	nicht definiert
2002	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen	30,83ml / Belegungstag	31,56ml / Belegungstag	30,67ml / Belegungstag	nicht definiert
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement stationäre Einrichtungen	77,28 / 100 Punkte	76,87 / 100 Punkte	77,07 / 100 Punkte	≥ 41,41 / 100 Punkte
1001	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ	6,44ml / Fall	5,92ml / Fall	5,92ml / Fall	nicht definiert

In Auswertung der vom IQTIG übermittelten Datei waren lediglich fünf Abweichungen vom Referenzbereich zum Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement“ in der stationären und ambulanten Versorgung zu verzeichnen. Die beiden Übersichten zeigen eine detaillierte Darstellung zu diesem Indikator:

detaillierte Darstellung zum Indikator 2000 - Hygiene- und Infektionsmanagement - stationäre Versorgung

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnisse stationäre Versorgung			
		(RB: $\geq 64,26 / 100$ Punkten) 2019			(RB: $\geq 61,28 / 100$ Punkten) 2018
		KH 02	KH 05	KH 27	KH 05
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung / ambulante Versorgung Gesamtergebnis	48,57	45,37	63,7	44,44
2000	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	100	100	100	0
2000	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	0	0	0	0
2000	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	80	80	80	100
2000	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	100	0	0	93
2000	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	57	0	93	0
2000	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	0	0	100	0
2000	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	100	100	100	100
2000	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	0	70	0	90
2000	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	100	58	100	17
324200 (TK)*	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	0	55	0	0
324201 (TK)*	Durchführung von Compliance-Überprüfungen	0	0	66	0
324202 (TK)*	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	16	100	83	67
324203 (TK)*	Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion	0	0	0	0

*TK - Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein.

detaillierte Darstellung zum Indikator 1000 - Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulante Versorgung (Kürzel KV)

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnisse ambulante Versorgung	
		(RB: $\geq 41,41$ / 100 Punkten) 2019 (2018 keine Meldung)	
		KV 60	KV 69
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung / ambulante Versorgung Gesamtergebnis	14,14	24,54
1000	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	0	0
1000	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	0	0
1000	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	0	0
1000	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement	0	0
1000	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	0	0
1000	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	100	100
1000	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	0	0
1000	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	0	50
1000	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	27	71
332001 (TK)*	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	0	100
332000 (TK)*	Durchführung von Compliance-Überprüfungen	100	0
332002 (TK)*	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene	0	0
332003 (TK)*	Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion	0	0

*TK - Kennzahl geht nicht in die Berechnung des Indikators ein.

2.2.3 Aktivitäten der Fachkommission

Eine Umfrage der Geschäftsstelle unter den Fachkommissionsmitgliedern QS NWI ergab mehrheitlich deren Auffassung, aufgrund der nicht aussagekräftigen Datengrundlage keine Sitzung zu den Ergebnissen des Jahres 2019 durchzuführen und dies dem Lenkungsgremium der LAG entsprechend anzutragen. Es zeigten sich zum Hygiene- und Infektionsmanagement 5 Abweichungen in 5 Einrichtungen (3 x stationär, 2 x ambulant), von denen die Abweichung in einer Einrichtung bereits in 2018 aufgefallen war.

2.2.4 Empfehlungen der Fachkommission

Die Fachkommission empfahl dem Lenkungsgremium der LAG, den Leistungserbringer KH-05 mit einem Hinweisschreiben über die wiederholte Abweichung zu informieren.

2.3 Cholezystektomie (QS CHE)

2.3.1 Datengrundlage 2019

Nach dem Aussetzen des Leistungsbereiches Cholezystektomie im Zuständigkeitsbereich der QSKH-RL im Jahr 2015 werden ab dem 01.01.2019 Datensätze des Verfahrens im Rahmen der DeQS-RL erhoben. Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär erbrachten Indexeingriffe. Belegärztlich durchgeführte Eingriffe werden dabei erst ab 01.01.2020 berücksichtigt und dem stationären Bereich zugeordnet.

Die nachfolgende Grafik weist dokumentierte Datensätze (IST) und dokumentationspflichtige Datensätze (SOLL) des Erfassungsjahres 2019 pro Einrichtung aus.

Modul - CHE – Verfahrensjahr 2019

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	129	129	100,00
02-01	134	134	100,00
04-00	140	142	101,43
06-00	106	106	100,00
07-00	94	91	100,00
08-01	113	113	100,00
08-02	167	169	101,20
08-03	113	114	100,88
09-01	99	99	100,00
09-02	140	141	100,71
11-00	88	96	109,09
12-00	106	108	101,89
13-00	118	120	101,69
14-00	208	209	100,48
15-00	94	96	102,13
16-00	112	112	100,00
17-00	275	276	100,36
18-00	142	142	100,00
21-00	142	142	100,00
23-00	143	147	102,80
24-00	212	213	100,47
26-00	163	163	100,00
27-00	121	121	100,00
28-01	222	224	100,90

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
28-02	68	70	102,94
29-00	105	105	100,00
30-01	201	212	105,47
30-02	188	188	100,00
32-00	76	76	100,00
35-00	123	127	103,25
36-00	84	84	100,00
39-00	126	126	100,00
42-00	136	138	101,47
44-00	151	151	100,00
49-00	100	100	100,00
50-01	115	116	100,87
50-02	149	151	101,34
Gesamt:	4.869	4.920	101,05

2.3.2 Ergebnisse

Sämtliche Indikatoren dieses Verfahrens sind als Follow-up-Indikatoren konzipiert. Zur Berechnung werden die Sozialdaten der Krankenkassen benötigt. Aufgrund der Lieferfristen für diese Daten werden erste Ergebnisse zu Indexeingriffen aus dem Jahr 2019 (zunächst nur teilweise) im Jahr 2021 vorliegen. Vollständige Auswertungen werden nicht vor 2022 erwartet.

2.3.3 Aktivitäten der Fachgruppe

Aufgrund des Vorliegens erster (Teil-)Auswertungen frühestens in 2021 erfolgte bis dato keine Einrichtung einer Fachkommission.

2.3.4 Empfehlungen der Fachgruppe

Entfällt

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. Aufgrund der erst in 2020 begonnenen Datenerfassung wurde noch keine Fachkommission für dieses Verfahren eingerichtet.

2.4.1 Datengrundlage

Entfällt

2.4.2 Ergebnisse

Entfällt

2.4.3 Aktivitäten der Fachgruppe

Entfällt

2.4.4 Empfehlungen der Fachgruppe

Entfällt

3 Weitere Tätigkeiten der Geschäftsstelle

- Unterstützung des Lenkungsgremiums
- Unterstützung der Fachkommissionen PCI und NWIF
- Erstellung von Haushaltsplan 2021 und Nachweis Mittelverwendung 2019
- Erstellung Tätigkeitsbericht 2019 für LAG
- Erstellung Geschäftsbericht 2019 für GBA
- Kontinuierliche Sichtung der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA und Information der Leistungserbringer
- Aufarbeitung der vom IQTIG zur Verfügung gestellten Ergebnistabellen, Spezifikationen und weiterer Informationen
- Inhaltlicher und organisatorischer Support der Einrichtungen zu den Verfahren
- Depseudonymisierung und Weiterleitung der quartalsweisen und Jahres-Rückmeldeberichte des IQTIG
- Erstellen und Übermitteln des elektronischen Qualitätssicherungsberichts nach vorgegebener Spezifikation
- Übernahme der Datenannahme der stationären /ambulant am Krankenhaus erbrachten dokumentierten Leistungen (Datensätze_LKG) bzw. Koordination derselben mit externem Dienstleister
- Organisatorischer Support der Einrichtungen bezüglich des Datenexports
- Teilnahme an Treffen der Geschäftsstellen auf Landesebene
- Zusammenarbeit mit Gremien und Institutionen auf Bundesebene (IQTIG und Bundesfachgruppen)
- Teilnahme an LAG-IQTIG-Treffen und diversen Workshops
- Erarbeitung eines Vorschlages für die eigene Homepage der LAG zur Erleichterung der Informationssuche für die Leistungserbringer und Information der interessierten Öffentlichkeit