

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

**Geschäftsbericht der  
Geschäftsstelle der LAG Sachsen-Anhalt  
des Kalenderjahres 2021**

Stand 25.05.2022

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	3
2	Verfahren gemäß DeQS-RL .....	5
2.1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) Erfassungsjahr 2020 .....	5
2.1.1	Datengrundlage 2020 .....	5
2.1.2	Ergebnisse.....	7
2.1.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	11
2.1.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	11
2.2	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (QS WI) Erfassungsjahr 2020 .....	12
2.2.1	Datengrundlage 2020 .....	12
2.2.2	Ergebnisse.....	14
2.2.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	16
2.2.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	16
2.3	Cholezystektomie (QS CHE) .....	17
2.3.1	Datengrundlage 2020 .....	17
2.3.2	Ergebnisse.....	18
2.3.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	18
2.3.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	18
2.4	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).....	19
2.4.1	Datengrundlage .....	19
2.4.2	Ergebnisse.....	20
2.4.3	Aktivitäten der Fachkommission .....	21
2.4.4	Empfehlungen der Fachkommission .....	21
3	Weitere Tätigkeiten der Geschäftsstelle.....	22

# 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.

In 2021 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 und anteilig 5/13 VK Arzt/-in bezogen auf die Gesamtzahl der in der externen Qualitätssicherung zu betreuenden Leistungsbereiche in 2021.

Mit Beschluss vom 17.12.2020 setzte der G-BA die Erhebung der einrichtungsbezogenen Dokumentation des Erfassungsjahres 2020 für das QS-Verfahren Wundinfektionen mit einrichtungsbezogener Dokumentation vor dem Hintergrund einer notwendigen Begleiterprobung aus, somit lagen Auswertungen zum Hygienemanagement und Desinfektionsmittelverbrauch in 2021 nicht vor. Ebenfalls ausgesetzt wurde die fallbezogene Dokumentation für das Erfassungsjahr 2021, so dass hierfür in der Folge keine Auswertung vorliegen wird. Für das Erfassungsjahr 2019 (zeitverzögert aufgrund der Zuordnung zu Tracer-Operationen unter Berücksichtigung des Beobachtungszeitraumes) lagen zwar erstmalig Ergebnisse zur fallbezogenen Dokumentation der Einrichtungen in 2021 vor, jedoch wurden für die Qualitätsindikatoren keine Referenzbereiche festgelegt. Die Abweichung von Referenzwerten ist jedoch die Grundlage der Auslösung des Stellungnahmeverfahrens. In Ermangelung eines Aufgreifkriteriums wurde das Stellungnahmeverfahren mit Beschluss des Lenkungsgremiums der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) ausgesetzt und auch die Sitzung der Fachkommission fand in Abstimmung mit dieser nicht statt, da der Beratung über die dokumentierten Ergebnisse hinsichtlich der Auffälligkeiten einzelner Leistungserbringer die Grundlage fehlte.

Für das Qualitätssicherungsverfahren Cholezystektomie lagen in 2021 erste Auswertungen vor. Nach Aussagen des Institutes für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ermöglichen diese aber keinen fairen Vergleich der Leistungserbringer, da noch Risikoadjustierungsmodelle zu entwickeln sind. Die Empfehlung des IQTIG lautete deshalb, für

die Indexjahre 2019 und 2020 mit erstmals vorliegenden Auswertungen in 2021 kein Stellungnahmeverfahren durchzuführen.

Die Sitzung der Fachkommission für den Leistungsbereich PCI fand am 13.10.2021, bedingt durch die Covid-19-Pandemie in Form einer Videokonferenz, statt. Anlässlich dieser Sitzung bewertete die Fachkommission die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 und die im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens erhaltenen Antworten der Leistungserbringer. Daten aus dem ambulanten Sektor fielen in 2020 nicht an, da die Leistung in Sachsen-Anhalt ausschließlich stationär erbracht wurde.

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

## 2 Verfahren gemäß DeQS-RL

### 2.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) Erfassungsjahr 2020

#### 2.1.1 Datengrundlage 2020

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 2020

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	803 <sup>1</sup>	803 <sup>1</sup>	100,00 <sup>1</sup>
01-02			
02-01	1156 <sup>1</sup>	1169 <sup>1</sup>	101,12 <sup>1</sup>
02-02			
04-00	38	38	100,00
06-00	715	716	100,41
08-01	1023 <sup>1</sup>	1022 <sup>1</sup>	99,90 <sup>1</sup>
08-02			
08-03			
08-04			
11-00	709	709	100,00
12-00	870	871	100,11
13-01	1480 <sup>1</sup>	1473 <sup>1</sup>	99,53 <sup>1</sup>
13-02			
14-00	700	706	100,86
17-01	1293 <sup>1</sup>	1295 <sup>1</sup>	100,15 <sup>1</sup>
17-02			
21-00	1218	1218	100,00
22-00	2240	2236	99,82
23-01	1566 <sup>1</sup>	1603 <sup>1</sup>	102,36 <sup>1</sup>
23-02			
24-01	1012 <sup>1</sup>	1039 <sup>1</sup>	102,67 <sup>1</sup>
24-02			
27-00	850	850	100,00
28-01	865 <sup>1</sup>	867 <sup>1</sup>	100,23 <sup>1</sup>
28-02			
28-03			
29-00	699	708	101,29

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	1655 <sup>1</sup>	1655 <sup>1</sup>	100,00 <sup>1</sup>
30-02			
30-04			
30-07			
35-01	1004 <sup>1</sup>	1001 <sup>1</sup>	99,70 <sup>1</sup>
35-02			
39-01	1633 <sup>1</sup>	1645 <sup>1</sup>	100,73 <sup>1</sup>
39-02			
42-00	1258	1260	100,16
44-00	737	737	100,00
<b>Gesamt:</b>	<b>23.486</b>	<b>23.583</b>	<b>100,41</b>

<sup>1</sup> Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgt nur noch eine IK-Nummer bezogene Übermittlung der Sollstatistik. Rückschlüsse auf eine Dokumentationsrate auf Standortebeine sind somit nicht mehr möglich. Die ausgewiesene Rate stellt also die Dokumentationsleistung einer gesamten Einrichtung dar.

## 2.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2021 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2019 und 2020 (ST 2019, ST 2020) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2020) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis-ST 2019	Ergebnis-ST 2020	Ergebnis-BU 2020	Referenzbereich
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	63,91%	67,63%	59,74%	≥ 29,31%
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund	28,90%	30,10%	31,26%	≤ 56,95%
56002 <sup>1</sup>	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	98,72%	0,82%	3,16%	≤ 36,92%
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	67,85%	73,13%	72,59%	≥ 45,16 %
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	11,31%	6,66%	4,21%	≤ 18,98%
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800cGy x cm <sup>2</sup>	1,02	0,80	0,91	≤ 2,15
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>	0,96	1,03	1,00	≤ 2,31
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	1,15	0,88	0,93	≤ 2,06
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	0,22%	2,18%	0,39%	≤,83%
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	2,89%	3,35%	5,23%	≤ 11,57%
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	23,24%	19,74%	19,05%	≤ 44,93%
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	8,73%	10,50%	12,37%	≤ 27,44%
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	90,20%	90,72%	92,88%	≥ 85,36%
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	94,12%	93,99%	94,50%	≥ 89,23%
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	5,00%	1,23	1,03	≤ 2,32
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	5,84%	1,10	1,01	≤ 1,61

<sup>1</sup> Der QI sollte zum EJ 2020 bereits ausgesetzt werden. Aufgrund verfahrenstechnischer Vorgaben konnte der QI erst zum Erfassungsjahr 2021 endgültig ausgesetzt werden. Die für die Berechnung des QI notwendigen Felder wurden jedoch bereits für das EJ 2020 angepasst, so dass die Berechnung des QI angepasst und umgekehrt werden musste. Aus diesem Grund weicht die Berechnung des QI vom Vorjahr ab.

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 17 stationärer und 0 ambulanter Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Indikatorbezeichnung	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
02-01	56010	Kontrastmittelmenge– Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200ml	25	14	56,00%	≤ 44,93%	ST	U62
04-00	56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	2	1	50,00%	≤ 18,98%	ST	U62
04-00	56009	Kontrastmittelmenge – Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150ml	24	2	12,50%	≤ 11,57%	ST	U62
04-00	56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI - Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	2	1	50,00%	≥ 85,36%	ST	U62
04-00	56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI - Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	14	12	85,71%	≥ 89,23%	ST	U62
08-01	56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	214	122	57,01%	≤ 56,95%	ST	U62
08-01	56007	Dosis-Flächen-Produkt – Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>	355	180	2,30	≤ 2,06	ST	U62
09-02	56011	Kontrastmittelmenge – Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	184	56	30,43%	≤ 27,44%	ST	U62
11-00	56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI - Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	285	243	85,26%	≥ 89,23%	ST	U63
12-00	56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	17	10	58,82%	≤ 18,98%	ST	U63
12-00	56022 (2019) <sup>2</sup>	MACCE – MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	38	12	2,43	≤ 1,86	ST	U62
13-01	56008	Dosis-Flächen-Produkt – Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	1505	13	0,86%	≤ 0,83%	ST	U63
13-01	56012 (2019) <sup>2</sup>	Therapiebedürftige Blutung und punktionsnahe Komplikation innerhalb von 7 Tagen	1595	117	7,34%	≤ 5,62%	ST	U99
14-00	56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI - Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	21	17	80,95%	≥ 85,36%	ST	U62



KH	QI-ID	Indikatorbezeichnung	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
14-00	56022 (2019) <sup>2</sup>	MACCE – MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	30	10	2,64	≤ 1,86	ST	U62
14-00	56026 (2019) <sup>2</sup>	Sterblichkeit bei PCI- 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozedurale Tag)	242	21	2,07	≤ 1,61	ST	U62
23-02	56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	1	0	0,00%	≥ 29,31%	ST	U62
24-01	56008	Dosis-Flächen-Produkt – Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	1056	10	0,95%	≤ 0,83%	ST	U63
24-01	56022 (2019) <sup>2</sup>	MACCE – MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	103	25	3,10	≤ 1,86	ST	U62
24-01	56024 (2019) <sup>2</sup>	Sterblichkeit bei PCI – 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	327	10	4,09	≤ 2,32	ST	U62
24-01	56026 (2019) <sup>2</sup>	Sterblichkeit bei PCI- 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozedurale Tag)	317	24	2,18	≤ 1,61	ST	U99
28-00	56012 (2019) <sup>2</sup>	Therapiebedürftige Blutung und punktions-nahe Komplikation innerhalb von 7 Tagen	19	3	15,79%	≤ 5,62%	ST	U62
28-00	56020 (2019) <sup>2</sup>	MACCE – MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	7	1	4,71	≤ 2,15	ST	U62
28-00	56026 (2019) <sup>2</sup>	Sterblichkeit bei PCI- 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozedurale Tag)	6	1	2,32	≤ 1,61	ST	U62
28-01	56005	Dosis-Flächen-Produkt – Isolierte Koronarangiographie mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>	507	217	2,61	≤ 2,15	ST	U99
28-01	56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI - Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	53	44	83,02%	≥ 85,36%	ST	U62
28-01	56024 (2019) <sup>2</sup>	Sterblichkeit bei PCI – 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	395	15	2,70	≤ 2,32	ST	U62
29-00	56008	Dosis-Flächen-Produkt – Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	713	12	1,68%	≤ 0,83%	ST	U63
29-00	56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI - Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	14	10	71,43	≥ 85,36	ST	U62

KH	QI-ID	Indikatorbezeichnung	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
29-00	56018 (2019) <sup>2</sup>	MACCE – MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	496	15	2,94	≤ 2,92	ST	U62
30-01	56018 (2019) <sup>2</sup>	MACCE – MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	1167	34	3,87	≤ 2,92	ST	U62
30-02	56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI - Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	4	3	75,00%	≥ 89,23%	ST	U62
32-00	56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	1	0	0,00%	≥ 29,31%	ST	U62
32-00	56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	3	3	100,00%	≤ 56,95%	ST	U62
32-00	56008	Dosis-Flächen-Produkt – Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	4	1	25,00%	≤ 0,83%	ST	U63
35-01	56008	Dosis-Flächen-Produkt – Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	8	1	12,50%	≤ 0,83%	ST	U63
39-01	56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	522	299	57,28%	≤ 56,95%	ST	U62
39-02	56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	5	1	20,00%	≥ 29,31%	ST	U62
39-02	56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	1	0	0,00%	≥ 45,16%	ST	U62
39-02	56026 (2019) <sup>2</sup>	Sterblichkeit bei PCI- 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozedurale Tag)	707	53	1,72	≤ 1,61	ST	U62
44-0	56008	Dosis-Flächen-Produkt – Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	802	450	56,11%	≤ 0,83%	ST	D81

<sup>2</sup> Die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen befindet sich in der Startphase. Noch sind nicht alle Anfangsprobleme der Datenübermittlung behoben. Aus diesem Grund kommt es bei der Auswertung von sogenannten Follow-Up-Indikatoren oder auch sozialbasierten Qualitätsindikatoren zu einer zeitlichen Verzögerung in der Auswertung und der Berichterstattung. Diese zeitlichen Verzögerungen sind abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum des jeweiligen Qualitätsindikators und den datenspezifischen Lieferfristen. In der Tabelle befinden sich Daten aus dem Erfassungsjahr 2019.

### **2.1.3 Aktivitäten der Fachkommission**

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission vom 19.10.2020 wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 41 Nachfragen.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 13.10.2021 in Magdeburg in Form einer Hybridveranstaltung durchgeführt.

Sämtliche Referenzbereiche zu den Indikatorergebnissen liegen perzentilbasiert (Perzentil Bund) vor.

### **2.1.4 Empfehlungen der Fachkommission**

Die eingegangenen Erläuterungen der Leistungserbringer 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 der Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2020 abgeschlossen werden.

## 2.2 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (QS WI) Erfassungsjahr 2020

### 2.2.1 Datengrundlage 2020

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

#### Modul – NWIF Verfahrensjahr 2020

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	375 <sup>3</sup>	374 <sup>3</sup>	99,73 <sup>3</sup>
01-02			
02-01	250 <sup>3</sup>	250 <sup>3</sup>	100,00 <sup>3</sup>
02-02			
04-00	181	189	104,42
05-00	46	46	100,00
06-00	547	548	100,18
07-00	141	141	100,00
08-01	496 <sup>3</sup>	497 <sup>3</sup>	100,20 <sup>3</sup>
08-02			
08-03			
09-01	304 <sup>3</sup>	304 <sup>3</sup>	100,00 <sup>3</sup>
09-02			
11-00	280	279	99,64
12-00	128	128	100,00
13-01	924 <sup>3</sup>	916 <sup>3</sup>	99,13 <sup>3</sup>
13-02			
14-00	424	424	100,00
15-00	127	126	99,21
16-00	511	516	100,98
17-01	286 <sup>3</sup>	286 <sup>3</sup>	100,00 <sup>3</sup>
17-02			
18-00	3	3	100,00
21-00	308	308	100,00
22-00	109	109	100,00
23-01	1059 <sup>3</sup>	961 <sup>3</sup>	90,75 <sup>3</sup>
23-02			
24-01	861 <sup>3</sup>	807 <sup>3</sup>	93,73 <sup>3</sup>
24-02			
25-00	38	39	102,63
26-00	95	95	100,00
27-00	197	197	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
28-01	392 <sup>3</sup>	393 <sup>3</sup>	100,26 <sup>3</sup>
28-02			
28-03			
29-00	173	180	104,05
30-01	501 <sup>3</sup>	529 <sup>3</sup>	105,59 <sup>3</sup>
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	116	117	100,86
35-01	173 <sup>3</sup>	174 <sup>3</sup>	100,58 <sup>3</sup>
35-02			
36-00	74	75	101,35
39-01	270 <sup>3</sup>	273 <sup>3</sup>	101,11 <sup>3</sup>
39-02			
42-00	331	331	100,00
44-00	345	345	100,00
49-00	139	135	97,12
50-01	350 <sup>3</sup>	344 <sup>3</sup>	98,29 <sup>3</sup>
50-02			
50-03			
51-00	3	3	100,00
60-00	11	11	100,00
63-00	2	2	100,00
64-01	2 <sup>3</sup>	2 <sup>3</sup>	100,00 <sup>3</sup>
64-02			
64-03			
64-04			
64-05			
66-00	5	5	100,00
67-01	3 <sup>3</sup>	3 <sup>3</sup>	100,00 <sup>3</sup>
67-02			
67-03			
67-04			
69-00	39	39	100,00
70-00	2	0	0,00
72-01	1 <sup>3</sup>	1 <sup>3</sup>	100,00 <sup>3</sup>
72-02			
72-03			
<b>Gesamt:</b>	<b>10.622</b>	<b>10.505</b>	<b>98,90</b>

---

<sup>3</sup> Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgt nur noch eine auf die IK-Nummer bezogene Übermittlung der Sollstatistik. Rückschlüsse auf eine Dokumentationsrate auf Standortebene sind somit nicht mehr möglich. Die ausgewiesene Rate stellt also die Dokumentationsleistung einer gesamten Einrichtung mit allen Standorten dar.

## **2.2.2 Ergebnisse**

Mit Beschluss vom 17.12.2020 hat der G-BA die Erhebung der einrichtungsbezogenen Dokumentation des Erfassungsjahres 2020 wie zuvor erwähnt vor dem Hintergrund einer notwendigen Begleiterprobung ausgesetzt, somit lagen Auswertungen zum Hygienemanagement und Desinfektionsmittelverbrauch in 2021 nicht vor. Die für das Erfassungsjahr 2019 in 2021 erstmalig vorliegenden Ergebnisse zur fallbezogenen Dokumentation der Einrichtungen weisen keine Referenzbereiche auf, da diese nicht festgelegt wurden.

## Übersicht der Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2019

ambulant

QI-ID	Bezeichnung des Indikators/ der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis ST	Vertrauensbereich ST	Ergebnis BU	Vertrauensbereich BU
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Nicht definiert	0,09%	0,05% - 0,15%	0,10%	0,09% - 0,11%
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	Nicht definiert	0,55%	0,27% - 1,13%	0,15%	0,12% - 0,19%
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Nicht definiert	0,00%	0,00% - 0,02%	0,00%	0,00% - 0,00%
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	Nicht definiert	0,00%	0,00% - 0,30%	0,00%	0,00% - 0,01%
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)		0,00%	0,00% - 25,88%	0,00%	0,00% - 0,85%

stationär

QI-ID	Bezeichnung des Indikators/ der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis ST	Vertrauensbereich ST	Ergebnis BU	Vertrauensbereich BU
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Nicht definiert	2,45%	2,29% - 2,62%	1,68%	1,65% - 1,70%
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	Nicht definiert	1,28%	1,16% - 1,41%	1,08%	1,06% - 1,10%
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektion nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operation)	Nicht definiert	1,57%	1,45% - 1,71%	1,11%	1,09% - 1,13%
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektion nach stationären Operationen (Implantat-Operation)	Nicht definiert	1,03%	0,92% - 1,15%	0,86%	0,85% - 0,88%

QI-ID	Bezeichnung des Indikators/ der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis ST	Vertrauensbereich ST	Ergebnis BU	Vertrauensbereich BU
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Nicht definiert	0,01%	0,01%-0,03%	0,01%	0,01%-0,01%
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	Nicht definiert	0,02%	0,01%-0,05%	0,01%	0,01%-0,02%
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operation)		10,74%	8,82%-13,02%	8,17%	7,82%-8,53%

### 2.2.3 Aktivitäten der Fachkommission

In Ermangelung eines Aufgreifkriteriums bei Nichtfestlegung von Referenzbereichen für die fallbezogene Dokumentation wurde das Stellungnahmeverfahren in 2021 nach Beschlussfassung durch das Lenkungsgremium der LAG ausgesetzt. Eine Sitzung der Fachkommission hat nicht stattgefunden, da der Beratung über die dokumentierten Ergebnisse hinsichtlich der Auffälligkeiten einzelner Leistungserbringer die Beratungsgrundlage fehlte.

### 2.2.4 Empfehlungen der Fachkommission

Entfällt



## 2.3 Cholezystektomie (QS CHE)

### 2.3.1 Datengrundlage 2020

Nach dem Aussetzen des Leistungsbereiches Cholezystektomie im Zuständigkeitsbereich der QSKH-RL im Jahr 2015 werden seit 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 sind ab 01.01.2020 berücksichtigt und dem stationären Bereich zugeordnet.

Die nachfolgende Tabelle weist dokumentierte Datensätze (IST) und dokumentationspflichtige Datensätze (SOLL) des Erfassungsjahres 2020 pro Einrichtung aus.

#### Modul - CHE – Verfahrensjahr 2020

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	112	112	100,00
02-01	167 <sup>4</sup>	167 <sup>4</sup>	100,00 <sup>4</sup>
02-02			
04-00	136	136	100,00
06-00	101	101	100,00
07-00	88	88	100,00
08-01	388 <sup>4</sup>	388 <sup>4</sup>	100,00 <sup>4</sup>
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	212 <sup>4</sup>	212 <sup>4</sup>	100,00 <sup>4</sup>
09-02			
11-00	188	119	100,85
12-00	81	83	102,47
13-01	126 <sup>4</sup>	130 <sup>4</sup>	103,17 <sup>4</sup>
13-02			
14-00	147	147	100,00
15-00	91	91	100,00
16-00	93	93	100,00
17-01	240 <sup>4</sup>	240 <sup>4</sup>	100,00 <sup>4</sup>
17-02			
18-00	2	2	100,00
21-00	160	160	100,00
23-01	165 <sup>4</sup>	168 <sup>4</sup>	101,82 <sup>4</sup>
23-02			
24-01	195 <sup>4</sup>	192 <sup>4</sup>	98,46 <sup>4</sup>
24-02			
26-00	154	154	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
27-00	118	118	100,00
28-01	245 <sup>4</sup>	244 <sup>4</sup>	99,59 <sup>4</sup>
28-02			
28-03			
29-00	110	110	100,00
30-01	352	360	102,27
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	58	58	100,00
35-01	136 <sup>4</sup>	138 <sup>4</sup>	101,47
35-02			
36-00	79	79	100,00
39-01	137 <sup>4</sup>	140 <sup>4</sup>	102,19 <sup>4</sup>
39-02			
42-00	139	139	100,00
44-00	181	181	100,00
49-00	54	55	101,85
50-01	246 <sup>4</sup>	246 <sup>4</sup>	100,00 <sup>4</sup>
50-02			
50-03			
<b>Gesamt:</b>	<b>4.701</b>	<b>4.651</b>	<b>98,94</b>

<sup>4</sup> Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgt nur noch eine IK-Nummer bezogene Übermittlung der Sollstatistik. Rückschlüsse auf eine Dokumentationsrate auf Standortebene sind somit nicht mehr möglich. Die ausgewiesene Rate stellt also die Dokumentationsleistung einer gesamten Einrichtung dar.

### 2.3.2 Ergebnisse

Sämtliche Indikatoren dieses Verfahrens sind als Follow-up-Indikatoren konzipiert, die zur Berechnung die Sozialdaten der Krankenkassen bedürfen. Erste Ergebnisse zu Indexeingriffen aus dem Jahr 2019 und 2020 lagen in 2021 vor. Vollständige Auswertungen werden nicht vor 2022 erwartet. Nach Einschätzung des IQTIG sind die in 2021 vorliegenden Auswertungen nicht belastbar, da aufgrund noch zu entwickelnder Risikoadjustierungsmodelle keine Leistungserbringervergleiche möglich sind. Ein Stellungnahmeverfahren in 2021 wurde nicht empfohlen.

### 2.3.3 Aktivitäten der Fachkommission

Die Berufung der Fachkommission auf Landesebene erfolgte in 2021. Die Fachkommission wird erstmals zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2021 tätig werden.

### 2.3.4 Empfehlungen der Fachkommission

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.

Nach Maßgabe der Beratung am 02. Juni 2021 ist der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA den Empfehlungen des IQTIG gefolgt, das Stellungnahmeverfahren QS NET für das Erfassungsjahr 2020 aufgrund der bestehenden Datengrundlage und Vollständigkeit der Daten auszusetzen. Entsprechend wurden für dieses Modul auch keine Bundesauswertung bzw. Landesauswertung erstellt. Die Leistungserbringer erhielten nur Rückmeldeberichte zu ihren dokumentierten Leistungen.

### 2.4.1 Datengrundlage

Entfällt

#### Modul – NET (DIAL) – Verfahrensjahr 2020

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	45 <sup>5</sup>	45 <sup>5</sup>	100,00 <sup>5</sup>
01-02			
13-01	14 <sup>5</sup>	0 <sup>5</sup>	0,00 <sup>5</sup>
13-02			
17-01	1 <sup>5</sup>	0 <sup>5</sup>	0,00 <sup>5</sup>
17-02			
23-01	24 <sup>5</sup>	25 <sup>5</sup>	104,17 <sup>5</sup>
23-02			
<b>Gesamt:</b>	<b>84</b>	<b>70</b>	<b>83,33</b>

<sup>5</sup> Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgt nur noch eine IK-Nummer bezogene Übermittlung der Sollstatistik. Rückschlüsse auf eine Dokumentationsrate auf Standortebene sind somit nicht mehr möglich. Die ausgewiesene Rate stellt also die Dokumentationsleistung einer gesamten Einrichtung dar.

Die Gesamtdokumentationsrate der Leistungserbringer im ambulanten Bereich beträgt 28,19%. Eine Aussage zu Dokumentationsraten einzelner ambulanter Leistungserbringer kann nur durch die Datenannahmestelle (KVSA) erfolgen.

## 2.4.2 Ergebnisse

### DIA

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis-ST 2019	Ergebnis-ST 2020	Ergebnis-BU 2020	Referenzbereich
572001	Aufklärung über Behandlungsoptionen	-	90,65%	89,93%	nicht definiert
572048	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	-	-	-	-
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialyse-behandlung	-	23,64%	23,46%	≤ 51,36%
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialyse-behandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	-	-	0,00%	-
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	-	25,63%	27,81%	≤ 50,00%
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	-	-	0,00%	-
572005	Dialysefrequenz pro Woche	-	44,94%	33,43%	≤ 82,44%
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	-	-	50,00%	-
572006	Dialysedauer pro Woche	-	46,84%	51,09%	≤ 15,00%
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	-	-	100,00%	-
572007	Ernährungsstatus	-	2,05%	2,49%	nicht definiert
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	-	-	0,00%	-
572008	Anämiemanagement	-	0,00%	0,04%	nicht definiert
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	-	-	0,00%	-

### NTX

QI-ID	QI- Bezeichnung	Ergebnis-ST 2019	Ergebnis-ST 2020	Ergebnis-BU 2020	Referenzbereich
572016	Intra- oder postoperative Komplikation	-	1,11%	10,05%	≤ 25,00
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	-	0,00%	0,52%	≤ 5,00%
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	-	74,36%	75,63%	≥ 60,00%
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	-	100,00%	95,50%	≥ 90,00%
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	-	-	75,48%	≥ 58,33%
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach der Nierentransplantation (nach Lebendspende)	-	-	90,83%	≥ 90,00%
572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	-	-	8,06%	nicht definiert

### **2.4.3 Aktivitäten der Fachkommission**

Die Berufung der Fachkommission auf Landesebene erfolgte in 2021. Die Fachkommission wird erstmals zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2021 tätig werden.

### **2.4.4 Empfehlungen der Fachkommission**

Entfällt

### 3 Weitere Tätigkeiten der Geschäftsstelle

- Unterstützung des Lenkungsgremiums
- Unterstützung der Fachkommissionen PCI und NWIF
- Erstellung von Haushaltsplan 2022 und Nachweis der Mittelverwendung 2020
- Erstellung Tätigkeitsbericht 2020 für LAG
- Erstellung Geschäftsbericht 2020 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
- Erstellung einer Homepage der LAG zur Erleichterung der Informationssuche für die Leistungserbringer und Information der interessierten Öffentlichkeit (<https://www.eqs-sachsen-anhalt.de/>)