

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

**Geschäftsbericht der
Geschäftsstelle der LAG Sachsen-Anhalt
des Kalenderjahres 2022**

Stand 17.05.2023

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Verfahren gemäß DeQS-RL	6
2.1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI).....	6
2.1.1	Datengrundlage 2021	6
2.1.2	Ergebnisse.....	8
2.1.3	Aktivitäten der Fachkommission	11
2.1.4	Empfehlungen der Fachkommission	11
2.2	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (QS WI)	12
2.2.1	Datengrundlage 2021	12
2.2.2	Ergebnisse.....	14
2.2.3	Aktivitäten der Fachkommission	19
2.2.4	Empfehlungen der Fachkommission	19
2.3	Cholezystektomie (QS CHE).....	20
2.3.1	Datengrundlage 2021	20
2.3.2	Ergebnisse.....	22
2.3.3	Aktivitäten der Fachkommission	24
2.3.4	Empfehlungen der Fachkommission	24
2.4	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).....	25
2.4.1	Leistungsbereich Dialyse (NET-DIAL)	25
2.4.1.1	Datengrundlage 2021	25
2.4.1.2	Ergebnisse.....	26
2.4.2	Aktivitäten der Fachkommission	29
2.4.3	Empfehlungen der Fachkommission	29
2.5	Karotis-Revaskularisation (QS-KAROTIS).....	30
2.5.1	Datengrundlage 2021	30
2.5.2	Ergebnisse.....	32
2.5.3	Aktivitäten der Fachkommission	35
2.5.4	Empfehlungen der Fachkommission	35
2.6	Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	36
2.6.1	Datengrundlage 2021	36
2.6.2	Ergebnisse.....	38
2.6.3	Aktivitäten der Fachkommission	42
2.6.4	Empfehlungen der Fachkommission	42
2.7	Mammachirurgie (QS MC)	43

2.7.1	Datengrundlage 2021	43
2.7.2	Ergebnisse.....	45
2.7.3	Aktivitäten der Fachkommission	48
2.7.4	Empfehlungen der Fachkommission	48
2.8	Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	49
2.8.1	Datengrundlage 2021	49
2.8.2	Ergebnisse.....	51
2.8.3	Aktivitäten der Fachkommission	53
2.8.4	Empfehlungen der Fachkommission	53
2.9	Perinatalmedizin (QS PM)	54
2.9.1	Leistungsbereich Geburtshilfe (PM-GEBH).....	54
2.9.1.1	Datengrundlage 2021	54
2.9.1.2	Ergebnisse.....	56
2.9.2	Leistungsbereich Neonatologie (PM-NEO).....	58
2.9.2.1	Datengrundlage 2021	58
2.9.2.2	Ergebnisse.....	60
2.9.3	Aktivitäten der Fachkommission	63
2.9.4	Empfehlungen der Fachkommission	64
2.10	Dekubitusprophylaxe (QS DEK).....	65
2.10.1	Datengrundlage 2021	65
2.10.2	Ergebnisse.....	68
2.10.3	Aktivitäten der Fachkommission	70
2.10.4	Empfehlungen der Fachkommission	70
2.11	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	71
2.11.1	Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)	71
2.11.1.1	Datengrundlage 2021	71
2.11.1.2	Ergebnisse.....	73
2.11.2	Leistungsbereich Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSMDEF-HSM-AGGW).....	75
2.11.2.1	Datengrundlage 2021	75
2.11.2.2	Ergebnisse.....	77
2.11.3	Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV).....	78
2.11.3.1	Datengrundlage 2021	78
2.11.3.2	Ergebnisse.....	80
2.11.4	Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)	81
2.11.4.1	Datengrundlage 2021	81
2.11.4.2	Ergebnisse.....	83
2.11.5	Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (HSMDEF-DEFI-AGGW)	

2.11.5.1	Datengrundlage 2021	85
2.11.5.2	Ergebnisse.....	87
2.11.6	Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-DEFI-REV).....	88
2.11.6.1	Datengrundlage 2021	88
2.11.6.2	Ergebnisse.....	90
2.11.7	Aktivitäten der Fachkommission	91
2.11.8	Empfehlungen der Fachkommission	91
2.12	Hüftgelenkversorgung (QS HGV).....	92
2.12.1	Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) 92	
2.12.1.1	Datengrundlage 2021	92
2.12.1.2	Ergebnisse.....	94
2.12.2	Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)	96
2.12.2.1	Datengrundlage 2021	96
2.12.3	Ergebnisse.....	98
2.12.4	Aktivitäten der Fachkommission	102
2.12.5	Empfehlungen der Fachkommission	102
2.13	Knieendoprothesenversorgung (QS KEP).....	103
2.13.1	Datengrundlage 2021	103
2.13.2	Ergebnisse.....	105
2.13.3	Aktivitäten der Fachkommission	107
2.13.4	Empfehlungen der Fachkommission	107
3	Weitere Tätigkeiten der Geschäftsstelle.....	108

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 2022 waren nach Überführung aller Leistungsbereiche der „Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern“ (QSKH-RL) in die „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) 13 Leistungsbereiche auf Landesebene dokumentationspflichtig.

Aufgrund des Zeitpunktes der Überführung in die DeQS-RL liegen für die Leistungsbereiche Karotis-Revaskularisation (KAROTIS), Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP), Mammachirurgie (MC), Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP), Dekubitusprophylaxe (QS DEK), Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF), Perinatalmedizin (QS PM), Hüftgelenkversorgung (HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) keine Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2020 im Vergleich vor (gilt nicht für Indikatoren gemäß „Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ - plan. QI-RL).

Die Umsetzung der anstehenden Arbeitsaufgaben gem. DeQS-RL erfolgte bis einschließlich April mit 4 VK Sachbearbeiter und 2/3 VK Arzt. Von Mai bis Dezember waren übergangsweise nur 3 VK Sachbearbeiter für die Geschäftsstelle der LAG tätig.

Eine Homepage der LAG Sachsen-Anhalt wurde erstellt und ist unter <https://www.eqg-sachsen-anhalt.de/> zu finden.

Auf Beschluss des G-BA wurde das Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS NET aufgrund unzureichender Datengrundlage (nur 43% der erwarteten Datensätze konnten in die Berechnung eingehen) in 2022 ausgesetzt.

Weitere Ergebnisse sind leistungsbereichsbezogen aufgeführt.

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

2 Verfahren gemäß DeQS-RL

2.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

2.1.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	712 ¹	713 ¹	100,14 ¹
01-02			
02-01	973 ¹	1002 ¹	102,98 ¹
02-02			
04-00	533	540	101,31
06-00	670	670	100,00
08-01	988 ¹	989 ¹	100,10 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	465 ¹	465 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	756	756	100,00
12-00	815	816	100,12
13-01	1418 ¹	1419 ¹	100,07 ¹
13-02			
14-00	629	630	100,16
17-01	1236 ¹	1236 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	981	982	100,10
22-00	1908	1898	99,48
23-01	1539 ¹	1543 ¹	100,26 ¹
23-02			
24-01	872 ¹	911 ¹	104,47 ¹
24-02			
27-00	699	700	100,14
28-01	770 ¹	771 ¹	100,13 ¹
28-02			
28-03			
29-00	686	686	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	1495 ¹	1505 ¹	100,67 ¹
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	4	4	100,67
35-01	1045 ¹	1045 ¹	100,00 ¹
35-02			
39-01	1069 ¹	1535 ¹	143,59 ¹
39-02			
42-00	1163	1163	100,00
44-00	747	758	101,47
50-01	2	2	100,00 ¹
50-02			
Gesamt:	22.175	22.739	102,54

¹ 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.

2.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse der Erfassungsjahre 2021 und 2020 (für sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren) zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2020 und 2021 (ST 2020, ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	67,63 %	73,01 %	61,88 %	≥ 36,30 %
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund	30,10 %	30,70 %	29,94 %	≤ 44,87 %
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	73,13 %	74,11 %	74,55 %	≥ 63,22 %
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	6,66 %	4,38 %	3,21 %	≤ 8,78 %
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800cGy x cm ²	0,80	0,83	0,90	≤ 1,60
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	1,03	0,75	0,93	≤ 1,14
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	0,88	0,94	0,92	≤ 1,54
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	2,18 %	0,25 %	0,24 %	≤ 0,25 %
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	3,35 %	3,48 %	4,76 %	≤ 7,60 %
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	19,74 %	15,29 %	18,19 %	≤ 24,94 %
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	10,50 %	10,65 %	11,40 %	≤ 19,27 %
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	90,72 %	91,40 %	93,25 %	≥ 93,26 %
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	93,99 %	94,34 %	95,07 %	≥ 93,53 %
852103	Häufige Angabe EF „unbekannt“	-	4,73 %	11,88 %	≤ 98,10 %
852104	Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie	-	1,28 %	1,52 %	≤ 4,73 %
852105	Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“	-	0,40 %	0,93 %	≤ 2,69 %
852106	Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“	-	0,83 %	1,03 %	≤ 4,46 %

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren und zugeordneter Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 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 2019	Ergebnis ST 2020	Ergebnis BU 2020	Referenzbereich
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	-	0,48 %	0,48 %	≤ 0,54 %
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	-	1,05	1,05	≤ 1,05
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	-	1,02	1,03	≤ 1,22
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	-	1,10	1,09	≤ 1,11
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	-	1,30	1,09	≤ 1,09
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	-	1,12	1,09	≤ 1,15

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 19 stationärer und 0 ambulanter Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	852105	713	50	7,01 %	≤ 2,69 %	ST	S99
01-01	852106	661	32	4,84 %	≤ 4,46 %	ST	S99
01-01	56024 ¹	388	18	2,21	≤ 1,09	ST	U62
02-01	56003	35	13	37,14 %	≥ 63,22 %	ST	U62
02-01	56011	411	120	29,20 %	≤ 19,27 %	ST	U63
06-01	56001	75	44	58,67 %	≤ 44,87 %	ST	U63
06-01	56012 ¹	747	12	1,61 %	≤ 0,54 %	ST	U63
06-01	56020 ¹	243	22	2,08	≤ 1,22	ST	U63
08-01	56005	643	186	1,96	≤ 1,60	ST	A99
08-01	56007	345	132	1,88	≤ 1,54	ST	A99
11-00	56020 ¹	218	21	2,58	≤ 1,22	ST	U62
12-00	56008	817	10	1,22 %	≤ 0,25 %	ST	U63
13-01	56009	899	85	9,45 %	≤ 7,60 %	ST	U62
21-00	56024 ¹	364	12	2,47	≤ 1,09	ST	U62
22-00	56001	707	362	51,20 %	≤ 44,87 %	ST	U63
22-00	56004	51	15	29,41 %	≤ 8,78 %	ST	U63
24-01	56008	962	6	0,62 %	≤ 0,25 %	ST	S99
24-01	56018 ¹	656	16	2,10	≤ 1,05	ST	U62
24-01	56022 ¹	91	15	2,02	≤ 1,10	ST	U99
24-01	56024 ¹	307	10	3,03	≤ 1,09	ST	U99
27-00	56016	125	111	88,80 %	≥ 93,53 %	ST	U62
28-01	56005	441	132	1,95	≤ 1,60	ST	U63
29-00	56006	7	5	3,13	≤ 1,14	ST	U62
29-00	56008	721	5	0,69 %	≤ 0,25 %	ST	U63
30-01	56001	470	244	51,91 %	≤ 44,87 %	ST	U62
30-01	56018 ¹	970	21	2,77	≤ 1,05	ST	U62
30-01	56024 ¹	573	13	2,15	≤ 1,09	ST	U62
30-02	56012 ¹	5	2	40,00 %	≤ 0,54 %	ST	U62
30-02	56020 ¹	4	1	11,48	≤ 1,22	ST	U62
32-00	56016	2	0	0,00 %	≥ 93,53 %	ST	U62
35-02	56014	77	66	85,71 %	≥ 93,26 %	ST	U63
39-01	56026 ¹	565	39	1,60	≤ 1,15	ST	U62

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
44-00	56005	514	152	2,17	≤ 1,60	ST	U63
44-00	56007	262	112	2,22	≤ 1,54	ST	U63
44-00	56016	285	254	89,12 %	≥ 93,53 %	ST	U62

¹ Sozialdatenbasierter Qualitätsindikator aus dem Erfassungsjahr 2020

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

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 27.09.2022 in Magdeburg in Form einer Hybridveranstaltung durchgeführt.

2.1.4 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 Erfassungsjahr 2021 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 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2020 für die fallbezogenen Indikatoren aus. Die Einrichtungen sind nach einem internen, im Zeitverlauf gleichbleibenden Schlüssel geordnet.

Die fallbezogene Qualitätssicherung im QS-Verfahren WI wurde für alle Fälle mit Aufnahmejahr 2021 ausgesetzt, so dass in 2023 keine Auswertung zu fallbezogenen Indikatoren vorliegen wird.

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	18 ¹	18 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	7 ¹	7 ¹	100,00 ¹
02-02			
04-00	7	7	100,00
06-00	16	16	100,00
08-01	10 ¹	10 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	5 ¹	5 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	9	0	0,00
12-00	2	2	100,00
13-01	38 ¹	38 ¹	100,00 ¹
13-02			
14-00	11	11	100,00
15-00	7	7	100,00
16-00	34	34	100,00
17-01	4 ¹	4 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	11	11	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
22-00	4	3	75,00
23-01	46 ¹	47 ¹	102,17 ¹
23-02			
24-01	27 ¹	13 ¹	48,15 ¹
24-02			
27-00	4	4	100,00
28-01	18 ¹	18 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	3	3	100,00
30-01	19 ¹	20 ¹	105,26 ¹
30-02			
30-03			
30-04			
32-00	8	8	100,00
35-01	7 ¹	7 ¹	100,00 ¹
35-02			
36-00	2	2	100,00
39-01	11 ¹	13 ¹	118,18 ¹
39-02			
42-00	11	11	100,00
44-00	12	12	100,00
49-00	1	1	100,00
50-01	6 ¹	6 ¹	100,00 ¹
50-02			
50-03			
60-00	2	2	100,00
69-00	2	2	100,00
Gesamt	362	342	94,48

¹ 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.

2.2.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren für die fallbezogenen Qualitätsindikatoren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 zu bewerten.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2020 (ST 2020) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2020) des jeweiligen Indikators.

Ambulant

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis BU 2020	Referenzbereich
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	0,10 %	0,08 %	Sentinel Event
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	0,28 %	0,17 %	Sentinel Event
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	0,00 %	0,00 %	Sentinel Event
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	0,00 %	0,00 %	Sentinel Event
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	0,00 %	0,84 %	nicht definiert

Stationär

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis BU 2020	Referenzbereich
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	1,18	1,00	≤ 1,89
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	1,39	1,00	≤ 2,19
2502	Tiefe nosokomiale, post-operative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	1,02	1,00	≤ 1,99
2503	Tiefe nosokomiale, post-operative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	1,36	1,00	≤ 2,22
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	0,01 %	0,01 %	Sentinel Event
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	0,02 %	0,01 %	Sentinel Event
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	10,64 %	8,80 %	nicht definiert

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zum einrichtungsbezogenen Hygiene- und Infektionsmanagement basieren auf im Erfassungsjahr 2021 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.

Indikatorergebnis zum Hygiene- und Infektionsmanagement – Ambulant

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich	
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	Ergebnisse gesamt	-	72,07 / 100 Punkten	70,7 / 100 Punkten	≥ 32,98 / 100 Punkten
		ambulant VÄ	-	68,69 / 100 Punkten	-	-
		ambulant KH	-	74,90 / 100 Punkten	-	-

Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 1000

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST	Ergebnis Bund
1.1	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	72,07 / 100 Punkten	70,07 / 100 Punkten
1.1.1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	52,25 / 100 Punkten	56,78 / 100 Punkten
1.1.2	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	63,18 / 100 Punkten	66,27 / 100 Punkten
1.1.3	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	74,32 / 100 Punkten	74,46 / 100 Punkten
1.1.4	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	86,87 / 100 Punkten	89,39 / 100 Punkten
1.1.5	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur perioperativen Antiseptik des OP-Feldes	92,34 / 100 Punkten	91,73 / 100 Punkten
1.1.6	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel	84,70 / 100 Punkten	82,50 / 100 Punkten
1.1.7	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	59,80 / 100 Punkten	49,93 / 100 Punkten
1.1.8	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	51,85 / 100 Punkten	42,33 / 100 Punkten
1.1.9	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/ Infektion	85,14 / 100 Punkten	79,46 / 100 Punkten
1.1.10	Durchführung von Compliance-Überprüfungen	70,27 / 100 Punkten	67,80 / 100 Punkten

Indikatorergebnis zum Hygiene- und Infektionsmanagement - Stationär

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis BU 2020	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	-	-	70,97 / 100 Punkten	73,10 / 100 Punkten	≥ 53,24 / 100 Punkten

Details zu den Ergebnissen des Qualitätsindikators 2000

Nummer	Beschreibung	Ergebnis ST	Ergebnis Bund
1.1	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	70,97 / 100 Punkten	73,10 / 100 Punkten
1.1.1	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	77,57 / 100 Punkten	80,19 / 100 Punkten
1.1.2	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	78,23 / 100 Punkten	81,97 / 100 Punkten
1.1.3	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	74,19 / 100 Punkten	88,13 / 100 Punkten
1.1.4	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	96,87 / 100 Punkten	88,13 / 100 Punkten
1.1.5	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur perioperativen Antiseptik des OP-Feldes	96,24 / 100 Punkten	96,03 / 100 Punkten
1.1.6	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel	92,77 / 100 Punkten	88,77 / 100 Punkten
1.1.7	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	27,55 / 100 Punkten	28,95 / 100 Punkten
1.1.8	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	50,11 / 100 Punkten	47,95 / 100 Punkten
1.1.9	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/ Infektion	93,55 / 100 Punkten	97,44 / 100Punkten
1.1.10	Durchführung von Compliance-Überprüfungen	23,34 / 100 Punkten	25,67 / 100 Punkten

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 12 stationärer und 15 ambulanter Leistungserbringer zu entnehmen.

Ambulant

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
A-KH 08	1501	42	1	2,38	Sentinel Event	ST	U62
A-KH 09	1500	146	1	0,68	Sentinel Event	ST	U62
A-KH 14	1501	24	1	4,17	Sentinel Event	ST	U62
A-KH 23	1500	128	1	0,78	Sentinel Event	ST	U62
A-KH 27	1500	330	2	0,61	Sentinel Event	ST	U62
A-KH 27	1501	60	1	1,67	Sentinel Event	ST	U62
A-KH 28	1500	58	1	1,72	Sentinel Event	ST	U62
A-KH 29	1500	127	2	1,57	Sentinel Event	ST	U62
A-KH 42	1500	192	1	0,52	Sentinel Event	ST	U62
A-KH 50	1500	136	2	1,47	Sentinel Event	ST	U62
KV004	1500	442	1	0,23	Sentinel Event	ST	U62
KV013	1500	246	1	0,41	Sentinel Event	ST	S99
KV025	1500	69	1	1,45	Sentinel Event	ST	S99
KV038	1000	1	14	14,17	≥ 32,98 / 100 Punkten	ST	U61
KV055	1000	1	21	20,60	≥ 32,98 / 100 Punkten	ST	S99
KV102	1500	44	1	2,27	Sentinel Event	ST	U62

Stationär

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	2500	779	31	1,998	≤ 1,89	ST	U62
01-02							
01-01	2502	779	23	2,11	≤ 1,99	ST	U62
01-02							
02-01	2000	1	50,00	50,00	≥ 53,24 / 100 Punkten	ST	U61
02-02							
13-01	2504	2225	1	0,04	Sentinel Event	ST	U62
13-02							
13-01	2505	1320	1	0,08	Sentinel Event	ST	U62
13-02							
14-00	2503	1323	22	2,56	≤ 2,22	ST	U62
14-00	2505	1323	1	0,08	Sentinel Event	ST	U62
16-00	2501	1096	24	2,191	≤ 2,19	ST	U63
16-00	2503	1096	22	2,47	≤ 2,22	ST	U62
22-00	2501	561	18	3,89	≤ 2,19	ST	U62
22-00	2502	444	12	2,07	≤ 1,99	ST	U62
22-00	2503	561	16	4,29	≤ 2,22	ST	U62
27-00	2000	1	30,18	30,18	≥ 53,24 / 100 Punkten	ST	U63
28-01	2504	960	1	0,10	Sentinel Event	ST	U62
28-02							
28-03							
28-01	2505	1297	1	0,08	Sentinel Event	ST	U62
28-02							
28-03							
30-01	2505	1594	1	0,06	Sentinel Event	ST	U62
30-02							
30-03							
30-04							
35-01	2501	651	13	3,07	≤ 2,19	ST	U62
35-02							
36-00	2500	153	6	2,25	≤ 1,89	ST	U62
36-00	2501	224	7	4,65	≤ 2,19	ST	U62
36-00	2502	153	4	2,56	≤ 1,99	ST	U62
69-00	2000	1	44,03	44,03	≥ 53,24 / 100 Punkten	ST	U63

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. Daraus ergaben sich insgesamt 16 eingeleitete Stellungnahmeverfahren aus dem ambulanten Bereich zu 15 Leistungserbringern und 21 eingeleitete Stellungnahmeverfahren aus dem stationären Bereich zu 12 Leistungserbringern.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 13.10.2022 in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

2.2.4 Empfehlungen der Fachkommission

Die eingegangenen Erläuterungen der Leistungserbringer zu angeschriebenen Abweichungen vom Referenzbereich wurden von den Sitzungsteilnehmern nach eingehender Diskussion bewertet. Vier Leistungserbringer wurden nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Ein Stellungnahmeverfahren aus dem ambulanten Sektor konnte bis dato nicht abgeschlossen werden.

Eine Endbewertung 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.

2.3 Cholezystektonie (QS CHE)

2.3.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	97 ¹	97 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	128 ¹	128 ¹	100,00 ¹
02-02			
04-00	121	124	102,48
06-01	147 ¹	147 ¹	100,00 ¹
06-02			
08-01	411 ¹	411 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	183 ¹	183 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	112	110	98,21
12-00	96	96	100,00
13-01	112 ¹	112 ¹	100,00 ¹
13-02			
14-00	193	198	102,59
15-00	92 ¹	92 ¹	100,00 ¹
74-00			
16-00	61	61	100,00
17-01	279 ¹	279 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	116	116	100,00
23-01	158 ¹	159 ¹	100,63 ¹
23-02			
24-01	189 ¹	189 ¹	100,00 ¹
24-02			
26-00	130 ¹	130 ¹	100,00 ¹
75-00			
27-00	114	114	100,00
28-01	267 ¹	268 ¹	100,37 ¹
28-02			
28-03			

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
29-00	122	122	100,00
30-01	309 ¹	314 ¹	101,62 ¹
30-02			
30-03			
30-04			
32-00	63	63	100,00
35-01	108 ¹	109 ¹	100,93 ¹
35-02			
36-00	60	60	100,00
39-01	116 ¹	116 ¹	100,00 ¹
39-02			
42-00	125	125	100,00
44-00	166	166	100,00
49-00	33	33	100,00
50-01	210 ¹	210 ¹	100,00 ¹
50-02			
50-03			
Gesamt:	4.318	4.332	100,32

¹ 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

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse der Erfassungsjahre 2021 und 2020 (für sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren) zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2020 und 2021 (ST 2020, ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,76 %	1,13 %	0,88 %	≤ 2,98 %
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	0,28 %	1,29 %	1,16 %	≤ 3,33 %
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	0,81 %	1,71 %	1,31 %	≤ 4,43 %
58003	Interventionsbedürftige Blutung innerhalb von 30 Tagen	4,94 %	2,52 %	2,64 %	≤ 7,12 %

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren und zugeordnete Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 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 2020	Ergebnis BU 2020	Referenzbereich
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	3,37 %	4,18 %	≤ 10,34 %
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	2,78 %	2,85 %	≤ 6,71 %
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	2,24 %	2,07 %	≤ 5,31 %

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

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
06-02	58000	42	3	7,14 %	≤ 2,98 %	ST	U62
11-00	58002	110	5	4,55 %	≤ 4,34 %	ST	U63
13-01	58000	96	5	5,21 %	≤ 2,98 %	ST	U63
13-01	58003	96	7	7,29 %	≤ 7,12 %	ST	U63
13-01	58006 ¹	130	7	5,38 %	≤ 5,31 %	ST	U62
17-00	58006 ¹	1	1	100,00 %	≤ 5,31 %	ST	U99
23-00	58001 ¹	4	1	25,00 %	≤ 10,34 %	ST	U62
23-00	58005 ¹	4	1	25,00 %	≤ 6,71 %	ST	U62
23-01	58002	156	15	9,62 %	≤ 4,34 %	ST	U63
23-01	58005 ¹	160	15	9,38 %	≤ 6,71 %	ST	U63
35-02	58003	1	1	100,00 %	≤ 7,12 %	ST	U99
42-00	58001 ¹	137	15	10,95 %	≤ 10,34 %	ST	U62
49-00	58004	33	2	6,06 %	≤ 3,33 %	ST	U62
50-00	58006 ¹	2	1	50,00 %	≤ 5,31 %	ST	U62

¹ Sozialdatenbasierter Qualitätsindikator aus dem Erfassungsjahr 2020

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 Nachfragen zu 10 Leistungserbringern, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die Sitzung zur Bewertung der angeforderten Stellungnahmen wurde am 19.09.2022 in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

2.3.4 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 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.

Die Aufbereitung der Datengrundlage im Modul QS-NET-Dialyse zum Erfassungsjahr 2021 hat zu vielen Fragen zur Validität und Plausibilität geführt, insbesondere im Vergleich zum Erfassungsjahr 2020. Dies hat sich erst durch die Zusammenführung der Rohdaten des Erfassungsjahres 2021 mit den gelieferten Solldaten der Länder gezeigt. In der Folge stellte sich im Vergleich zum Soll des Vorjahres eine berechnete Vollzähigkeit von nur 43% dar.

Vor dem Hintergrund dieser unzureichenden Datengrundlage wurde das Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 durch Beschluss des G-BA ausgesetzt.

2.4.1 Leistungsbereich Dialyse (NET-DIAL)

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten der stationären Einrichtungen für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

2.4.1.1 Datengrundlage 2021

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	28	28	100,00
01-02			
06-00	2	0	0,00
13-01	6	6	100,00
13-02			
23-01	15	15	100,00
23-02			
Gesamt:	51	49	96,08

¹ 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 laut Bundesauswertung 80,10%. Leistungserbringerbezogene Dokumentationsraten liegen der Geschäftsstelle verfahrensgemäß nicht vor.

2.4.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2020 und 2021 (ST 2020, ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung		Ergebnis ST 2020	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenz- bereich
572001	Aufklärung über Behandlungsoptionen	Gesamt	85,02 %	91,13 %	86,66 %	≤ 100,00 %
		Ambulant VÄ*	88,38 %	87,09 %		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	92,78 %	85,62 %		
		selekt.vertr. Leistungen	80,00 %	71,72 %		
572048	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	-	N ≤ 3		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	-	-		
		selekt.vertr. Leistungen	-	-		
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	Gesamt	24,02 %	25,86 %	28,49 %	≤ 60,63 %
		Ambulant VÄ*	22,23 %	27,57 %		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	42,86 %	40,96 %		
		selekt.vertr. Leistungen	17,23 %	35,36 %		
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	N ≤ 3	N ≤ 3		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	-	-		

		selekt.vertr. Leistungen	-	-		
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	Gesamt	25,04 %	30,05 %	30,70 %	≤ 50,00 %
		Ambulant VÄ*	26,28 %	29,22 %		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	52,70 %	52,17 %		
		selekt.vertr. Leistungen	22,51 %	27,38 %		
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	0,00 %	N ≤ 3		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	-	-		
		selekt.vertr. Leistungen	-	-		
572005	Dialysefrequenz pro Woche	Gesamt	52,03 %	59,96 %	35,75 %	≤ 90,95 %
		Ambulant VÄ*	37,34	34,93		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	41,66 %	45,67 %		
		selekt.vertr. Leistungen	51,13 %	50,85 %		
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	N ≤ 3	N ≤ 3		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	-	-		
		selekt.vertr. Leistungen	-	-		
572006	Dialysedauer pro Woche	Gesamt	56,09 %	79,53 %	56,71 %	≤ 15,00 %
		Ambulant VÄ*	54,52 %	55,93 %		

		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	72,23 %	67,63 %		
		selekt.vertr. Leistungen	59,59 %	58 %89 %		
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	N ≤ 3	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	100,00 %	N ≤ 3		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	-	-		
		selekt.vertr. Leistungen	-	-		
572007	Ernährungsstatus	Gesamt	2,08 %	2,47 %	4,34 %	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	2,23 %	3,81 %		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	8,43 %	11,43 %		
		selekt.vertr. Leistungen	N ≤ 3	4,64 %		
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	0,00 %	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	N ≤ 3	0,00 %		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	-	-		
		selekt.vertr. Leistungen	-	-		
572008	Anämiemanagement	Gesamt	0,00 %	N ≤ 3	0,46 %	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	0,21 %	0,41 %		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	1,52 %	1,21 %		
		selekt.vertr. Leistungen	N ≤ 3	N ≤ 3		

572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Gesamt	-	-	0,00 %	nicht definiert
		Ambulant VÄ*	N ≤ 3	0,00 %		
		Teilstationär BÄ*	-	-		
		Teilstationär KH	-	-		
		selekt.vertr. Leistungen	-	-		

* BÄ = Belegärzte
VÄ = Vertragsärzte

2.4.2 Aktivitäten der Fachkommission

Die Berufung der Fachkommission auf Landesebene erfolgte in 2021.

Aufgrund des nicht durchgeführten Stellungnahmeverfahrens fand in 2022 keine Sitzung der Fachkommission statt.

2.4.3 Empfehlungen der Fachkommission

Entfällt

2.5 Karotis-Revaskularisation (QS-KAROTIS)

2.5.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	6 ¹	6 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	12 ¹	12 ¹	100,00 ¹
02-02			
04-00	4	4	100,00
06-01	64 ¹	64 ¹	100,00 ¹
06-02			
08-01	46 ¹	46 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
11-00	18	17	94,44
13-01	80 ¹	80 ¹	100,00 ¹
13-02			
14-00	29	30	103,45
15-00	15 ¹	15 ¹	100,00 ¹
74-00			
16-00	19	18	94,74
17-01	23 ¹	23 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	26	26	100,00
22-00	52	52	100,00
23-01	90 ¹	90 ¹	100,00 ¹
23-02			
24-01	80 ¹	81 ¹	101,25 ¹
24-02			
28-01	27 ¹	27 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
30-01	87 ¹	92 ¹	105,75 ¹
30-02			
30-03			
30-04			

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
35-01	12 ¹	12 ¹	100,00 ¹
35-02			
39-01	32 ¹	31 ¹	96,88 ¹
39-02			
42-00	11	11	100,00
44-00	12	12	100,00
49-00	60	60	100,00
50-01	64 ¹	64 ¹	100,00 ¹
50-02			
50-03			
Gesamt:	869	873	100,46

¹ 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.

2.5.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose –offen-chirurgisch	98,84 %	99,11 %	≥ 95,00 %
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	99,20 %	99,68 %	≥ 95,00 %
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	0 Fälle	13 Fälle	Sentinel Event
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch	1,24	1,00	≤ 2,67
11724	TKez: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch	1,25	1,00	nicht definiert
605	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch	2,01 %	1,34 %	nicht definiert
606	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch	0,00 %	1,66 %	nicht definiert
51859	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	3,98 %	3,10 %	nicht definiert
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	94,37 %	97,38 %	≥ 95,00 %
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	100,00 %	99,27 %	≥ 95,00 %
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt	1,80	1,00	≤ 3,04
51865	TKez: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt	1,58	1,00	nicht definiert
51445	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – kathetergestützt	3,85 %	1,99 %	nicht definiert
51448	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralaterale Karotisstenose – kathetergestützt	0,00 %	2,39 %	nicht definiert

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenz- bereich
51860	TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	9,38 %	4,81 %	nicht definiert
161800	Keine periprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	4,76 %	2,70 %	≤ 5,00 %
850332	AK: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	0,63 %	1,04 %	≤ 4,55 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 11 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
04-00	11704	4	1	15,32 %	≤ 2,67 %	ST	U62
06-00	51873	13	3	6,06 %	≤ 3,04 %	ST	U62
11-00	51437	2	1	50,00 %	≥ 95,00 %	ST	D80
13-01	603	19	17	89,47 %	≥ 95,00 %	ST	U99
13-01	51437	6	4	66,67 %	≥ 95,00 %	ST	U99
14-00	51873	2	1	14,23 %	≤ 3,04 %	ST	U99
15-00	161800	1	1	100,00 %	≤ 5,00 %	ST	U63
22-00	51437	3	2	66,67 %	≥ 95,00 %	ST	U63
23-01	11704	48	3	2,69 %	≤ 2,67 %	ST	U62
24-01	604	13	12	92,31 %	≥ 95,00 %	ST	U63
28-01	11704	13	2	3,42 %	≤ 2,67 %	ST	U63
44-00	11704	12	1	2,77 %	≤ 2,67 %	ST	U62

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 11 Nachfragen zu 11 Leistungserbringern, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die konstituierende Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 25.08.2022 in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung 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 Erfassungsjahr 2021 abgeschlossen werden.

2.6 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

2.6.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	326 ¹	327 ¹	100,31 ¹
01-02			
02-01	474 ¹	485 ¹	102,32 ¹
02-02			
04-00	475	481	101,26
05-00	55	47	85,45
06-00	524	524	100,00
08-01	1018 ¹	1019 ¹	100,10 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	382 ¹	382 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	331	322	97,28
12-00	264	264	100,00
13-01	353 ¹	365 ¹	103,40 ¹
13-02			
14-00	414	414	100,00
15-00	150	149	99,33
16-00	281	253	90,04
17-01	450 ¹	450 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	387	387	100,00
22-00	23	23	100,00
23-01	491 ¹	494 ¹	100,61 ¹
23-02			
24-01	426 ¹	426 ¹	100,00 ¹
24-02			
26-00	38	38	100,00
27-00	144	144	100,00
28-01	500 ¹	509 ¹	101,80 ¹
28-02			
28-03			
29-00	248	248	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	699 ¹	711 ¹	101,72 ¹
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	187	189	101,07
35-01	276 ¹	277 ¹	100,36 ¹
35-02			
36-00	196	196	100,00
39-01	350 ¹	340 ¹	97,14 ¹
39-02			
42-00	308	308	100,00
44-00	612	612	100,00
50-01	942 ¹	943 ¹	100,00 ¹
50-02			
50-03			
63-00	3	3	100,00
66-00	196	194	98,98
69-00	254	254	100,00
Gesamt:	12.089	12.090	100,01

¹ 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.

2.6.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	98,84 %	99,13 %	≥ 95,00 %
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	98,86 %	99,16 %	nicht definiert
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	98,57 %	98,44 %	nicht definiert
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	88,16 %	90,98 %	≥ 90,00 %
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	88,38 %	92,44 %	≥ 90,00 %
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	92,03 %	96,55 %	≥ 95,00 %
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	98,02 %	98,78 %	nicht definiert
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,27	1,01	≤ 2,01
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	16,95 %	17,66 %	nicht definiert
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	93,91 %	96,72 %	≥ 95,00 %
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	5,44 %	5,37 %	≤ 20,00 %
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	8,31 %	9,04 %	≤ 20,83 %
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	12,69 %	15,40 %	≤ 50,00 %
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,42 %	100,44 %	≤ 110,00 %
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,01 %	0,12 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 34 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	2013	106	94	88,68 %	≥ 90,00 %	ST	U62
01-01	2028	181	164	90,61 %	≥ 95,00 %	ST	U63
01-01	50778	140	24	2,03	≤ 2,01	ST	U62
01-01	50722	294	261	88,78 %	≥ 95,00 %	ST	U63
01-02	2028	1	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST	U62
02-01	2009	95	82	86,32 %	≥ 90,00 %	ST	U62
02-01	2013	154	128	83,12 %	≥ 90,00 %	ST	U62
05-00	2009	20	9	45,00 %	≥ 90,00 %	ST	S99
05-00	2013	14	8	57,14 %	≥ 90,00 %	ST	S99
05-00	2028	27	9	33,33 %	≥ 95,00 %	ST	S99
05-00	50778	22	7	3,24	≤ 2,01	ST	S99
05-00	50722	47	16	34,04 %	≥ 95,00 %	ST	S99
05-00	811822	38	8	21,05 %	≤ 20,00 %	ST	S99
06-01	2009	140	93	66,43 %	≥ 90,00 %	ST	U99
06-01	2013	211	166	78,67 %	≥ 90,00 %	ST	U61
06-01	2028	346	325	93,93 %	≥ 95,00 %	ST	U62
06-01	50722	465	406	87,31 %	≥ 95,00 %	ST	U63
06-02	2005	14	13	92,86 %	≥ 95,00 %	ST	U62
06-02	2009	7	5	71,43 %	≥ 90,00 %	ST	U62
06-02	50778	7	3	3,37	≤ 2,01	ST	U62
06-02	50722	13	12	92,31 %	≥ 95,00 %	ST	U62
08-01	2028	231	218	94,37 %	≥ 95,00 %	ST	U63
09-01	50722	256	230	89,84 %	≥ 95,00 %	ST	U63
09-02	2013	43	33	76,74 %	≥ 90,00 %	ST	U63
09-02	2028	86	78	90,70 %	≥ 95,00 %	ST	U62
09-02	50722	108	101	93,52 %	≥ 95,00 %	ST	U62
09-02	811826	101	24	23,76 %	≤ 20,83 %	ST	U61
11-00	2009	176	150	85,23 %	≥ 90,00 %	ST	U63
11-00	2013	145	96	66,21 %	≥ 90,00 %	ST	U63
11-00	50778	178	28	2,02	≤ 2,01	ST	U62
12-00	2013	107	96	89,72 %	≥ 90,00 %	ST	U62
12-00	2028	172	153	88,95 %	≥ 95,00 %	ST	U63

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
12-00	50722	252	209	82,94 %	≥ 95,00 %	ST	D80
13-01	2009	151	135	89,40 %	≥ 90,00 %	ST	U62
13-01	2028	224	204	91,07 %	≥ 95,00 %	ST	U62
15-00	2009	85	76	89,41 %	≥ 90,00 %	ST	U62
15-00	2013	70	62	88,57 %	≥ 90,00 %	ST	U62
15-00	2028	113	105	92,92 %	≥ 95,00 %	ST	U62
16-00	2009	66	59	89,39 %	≥ 90,00 %	ST	U62
17-01	2028	295	274	92,88 %	≥ 95,00 %	ST	U63
23-01	2009	163	142	87,12 %	≥ 90,00 %	ST	U62
23-01	2013	94	78	82,98 %	≥ 90,00 %	ST	U62
23-01	2028	267	244	91,39 %	≥ 95,00 %	ST	U62
23-01	50722	460	436	94,78 %	≥ 95,00 %	ST	U62
24-01	2009	199	166	83,42 %	≥ 90,00 %	ST	U63
24-01	2013	134	112	83,58 %	≥ 90,00 %	ST	U99
24-01	2028	219	206	94,06 %	≥ 95,00 %	ST	U63
27-00	50778	27	7	2,16	≤ 2,01	ST	U99
28-01	2009	78	65	83,33 %	≥ 90,00 %	ST	U63
28-01	2013	146	125	85,62 %	≥ 90,00 %	ST	U62
28-01	50722	436	409	93,81 %	≥ 95,00 %	ST	U99
28-02	2009	14	12	85,71 %	≥ 90,00 %	ST	U62
29-00	2009	56	50	89,29 %	≥ 90,00 %	ST	U62
30-01	2009	164	132	80,49 %	≥ 90,00 %	ST	D80
30-01	2013	157	110	70,06 %	≥ 90,00 %	ST	U99
30-01	2028	223	192	86,10 %	≥ 95,00 %	ST	D80
30-01	50722	336	298	88,69 %	≥ 95,00 %	ST	U99
30-02	2009	188	159	84,57 %	≥ 90,00 %	ST	D80
30-02	2013	133	86	64,66 %	≥ 90,00 %	ST	U99
30-02	2028	245	45	18,37 %	≥ 95,00 %	ST	A72
30-02	50722	341	321	94,13 %	≥ 95,00 %	ST	U62
32-00	2009	71	62	87,32 %	≥ 90,00 %	ST	U62
32-00	2013	64	46	71,88 %	≥ 90,00 %	ST	D80
35-01	2013	4	3	75,00 %	≥ 90,00 %	ST	U62
35-02	2009	87	66	75,86 %	≥ 90,00 %	ST	D80
35-02	2013	93	83	89,25 %	≥ 90,00 %	ST	U62
36-00	2009	69	61	88,41 %	≥ 90,00 %	ST	U62

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
39-01	2013	113	89	78,76 %	≥ 90,00 %	ST	U99
39-01	2028	205	164	80,00 %	≥ 95,00 %	ST	D80
39-01	50722	304	242	79,61 %	≥ 95,00 %	ST	D80
44-00	2028	392	332	84,69 %	≥ 95,00 %	ST	D80
49-00	2009	148	125	84,46 %	≥ 90,00 %	ST	U99
49-00	2028	173	160	92,49 %	≥ 95,00 %	ST	U63
49-00	50722	286	198	69,23 %	≥ 95,00 %	ST	D80
50-01	2009	75	62	82,67 %	≥ 90,00 %	ST	D80
50-01	2028	316	273	86,39 %	≥ 95,00 %	ST	D80
50-01	50722	460	373	81,09 %	≥ 95,00 %	ST	D80
63-00	2013	1	0	0,00 %	≥ 90,00 %	ST	U62
66-00	2009	49	40	81,63 %	≥ 90,00 %	ST	U63
66-00	2013	69	62	89,86 %	≥ 90,00 %	ST	U62
66-00	50722	175	165	94,29 %	≥ 95,00 %	ST	U62
69-00	2009	72	53	73,61 %	≥ 90,00 %	ST	U99

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

Die konstituierende Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 05.10.2022 in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

2.6.4 Empfehlungen der Fachkommission

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

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

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 abgeschlossen werden.

2.7 Mammachirurgie (QS MC)

2.7.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	79 ¹	79 ¹	100,00 ¹
01-02			
04-00	32	32	100,00
06-01	303 ¹	303 ¹	100,00 ¹
06-02			
08-01	93 ¹	93 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
09-01	59 ¹	59 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	5	5	100,00
13-01	217 ¹	218 ¹	100,46 ¹
13-02			
14-00	51	51	100,00
15-00	1	1	100,00
16-00	1	1	100,00
17-01	310 ¹	310 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	2	2	100,00
23-01	97 ¹	97 ¹	100,00 ¹
23-02			
24-01	222 ¹	224 ¹	100,90 ¹
24-02			
26-00	346	346	100,00
28-01	5 ¹	5 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	3	3	100,00
30-01	255 ¹	264 ¹	103,53 ¹
30-02			
30-03			
30-04			
35-01	18 ¹	18 ¹	100,00 ¹
35-02			

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
39-01	168 ¹	167 ¹	99,40 ¹
39-02			
42-00	226	226	100,00
44-00	5	5	100,00
50-01	35 ¹	35 ¹	100,00 ¹
50-02			
50-03			
51-00	7	7	100,00
69-00	1	1	100,00
Gesamt:	2.541	2.552	100,43

¹ 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.

2.7.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators. Ausschließlich für planungsrelevante Qualitätsindikatoren werden in den nachfolgenden Tabellen aufgrund der Berechnung gemäß plan. QI-RL Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 mit dargestellt.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	-	97,46 %	98,1 %	≥ 95,00
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	-	0,91	0,92	≥ 0,40
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	-	0,91	0,92	≤ 1,52
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	-	89,30 %	92,85 %	≥ 73,23
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	-	83,94 %	83,94 %	≥ 52,50
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	-	1,39 %	4,17 %	≤ 5,00
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	-	93,05 %	97,11 %	≥ 90,00
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	-	2,19 %	2,54 %	≤ 9,52
60659	Nachresektionsrate	-	9,94 %	10,67 %	≤ 22,48
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	-	98,80 %	99,46 %	≥ 97,41
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	-	0,26 %	0,40 %	≤ 1,69 %
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	-	0,32 %	0,14 %	≤ 0,89 %
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	-	0,53 %	0,71 %	≤ 4,00
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	-	0,33 %	0,24 %	≤ 1,19 %
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	-	1,91 %	2,51 %	≤ 15,25 %
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	100,43 %	100,19 %	≤ 110,00 %
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	-	0,36 %	0,17 %	≤ 5,00 %

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren					
QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	99,32 %	99,76 %	99,44 %	≥ 95,00 %
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	98,54 %	98,65 %	98,90 %	≥ 95,00 %
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	0 Fälle	0 Fälle	6 Fälle	Sentinel Event

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 22 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
04-00	52278	14	4	3,82	≤ 1,52	ST	U99
04-00	52279	12	11	91,67 %	≥ 95,00 %	ST	U63
04-00	212001	1	0	0,00 %	≥ 52,50 %	ST	U62
06-01	51847	43	37	86,05 %	≥ 90,00 %	ST	U62
06-02	51846	99	85	85,86 %	≥ 95,00 %	ST	U62
08-01	212001	1	0	0,00 %	≥ 52,50 %	ST	A71
08-02	51846	7	5	71,43 %	≥ 95,00 %	ST	U63
08-02	52267	6	0	0,00	≥ 0,40	ST	U99
08-02	52279	3	2	66,67 %	≥ 95,00 %	ST	U62
08-02	211800	6	5	83,33 %	≥ 97,41 %	ST	U63
08-03	212001	13	5	38,46 %	≥ 52,50%	ST	A99
09-02	51846	43	37	86,05 %	≥ 95,00 %	ST	U63
09-02	212001	3	1	33,33 %	≥ 52,50 %	ST	U62
11-00	51370	3	1	33,33 %	≤ 9,52 %	ST	U62
11-00	60659	4	1	25,00 %	≤ 22,48 %	ST	A99
13-01	850372	122	2	1,64 %	≤ 1,19 %	ST	U99
21-00	51846	1	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST	A99
23-02	51847	27	23	85,19 %	≥ 90,00 %	ST	A72
23-02	212000	1	0	0,00 %	≥ 73,23 %	ST	U62
23-02	212001	4	0	0,00 %	≥ 52,50 %	ST	U63
24-01	50719	15	1	6,67 %	≤ 5,00 %	ST	U62
24-01	850364	142	2	1,41 %	≤ 0,89 %	ST	U99

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
26-00	51847	99	88	88,89 %	≥ 90,00 %	ST	A99
26-00	212000	25	15	60,00 %	≥ 73,23 %	ST	A99
26-00	212001	57	18	31,58 %	≥ 52,50 %	ST	A99
28-01	51847	2	1	50,00 %	≥ 90,00 %	ST	U62
28-01	52267	4	0	0,00	≥ 0,40	ST	U62
29-00	51846	2	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST	A72
30-02	50719	11	1	9,09 %	≤ 5,00 %	ST	U63
35-01	51847	5	4	80,00 %	≥ 90,00 %	ST	U62
39-02	51847	45	39	86,67 %	≥ 90,00 %	ST	A72
39-02	211800	115	111	96,52 %	≥ 97,41 %	ST	U63
44-00	51846	2	1	50,00 %	≥ 95,00 %	ST	U62
50-01	52267	17	1	0,39	≥ 0,40	ST	U99
50-01	212001	1	0	0,00 %	≥ 52,50 %	ST	A72
50-02	211800	1	0	0,00 %	≥ 97,41 %	ST	A99
51-00	52330	6	2	33,33 %	≥ 95,00 %	ST IQTIG	A43*

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

2.7.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 36 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 21 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die konstituierende Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 06.10.2022 in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

Ein Leistungserbringer wies für den planungsrelevanten Qualitätsindikator 52330 – „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ eine statistische Auffälligkeit auf. Gemäß „Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ (plan. QI-RL) erfolgte in diesem Fall das Stellungnahmeverfahren durch das IQTIG. Im Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wurde die Bewertung „unzureichend“ erteilt. Da die Einrichtungsergebnisse zu diesem Qualitätsindikator in den Vorjahren keine Abweichung vom Referenzbereich zeigten, ist bei erneuter Auffälligkeit in 2023 auf Landesebene eine Analyse der Ergebnisse der Erfassungsjahre 2021 und 2022 verbunden mit der Einleitung geeigneter Maßnahmen im Stellungnahmeverfahren vorgesehen.

2.7.4 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.

5 Leistungserbringer wurden nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Die Ausführungen 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 Erfassungsjahr 2021 abgeschlossen werden.

2.8 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

2.8.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	70 ¹	70 ¹	100,00 ¹
01-02			
04-00	87	87	100,00
06-01	212 ¹	212 ¹	100,00 ¹
06-02			
08-01	203 ¹	203 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	128 ¹	128 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	117	117	100,00
12-00	1	1	100,00
13-01	187 ¹	188 ¹	100,53 ¹
13-02			
14-00	146	149	102,05
15-00	2	2	100,00
17-01	315 ¹	315 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	259	260	100,39
23-01	217 ¹	218 ¹	100,46 ¹
23-02			
24-01	233 ¹	234 ¹	100,43 ¹
24-02			
26-00	615	615	100,00
27-00	1	1	100,00
28-01	94 ¹	95 ¹	101,06 ¹
28-02			
28-03			
29-00	2	2	100,00
30-01	259 ¹	281 ¹	108,49 ¹
30-02			
30-04			

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
32-00	4	4	100,00
35-01	80 ¹	80 ¹	100,00 ¹
35-02			
39-01	111 ¹	115 ¹	103,60 ¹
39-02			
42-00	274	274	100,00
44-00	174	175	100,57
50-01	92 ¹	92 ¹	100,00 ¹
50-02			
51-00	43	43	100,00
Gesamt:	3.928	3.963	100,89

¹ 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.

2.8.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators. Ausschließlich für planungsrelevante Qualitätsindikatoren werden in den nachfolgenden Tabellen aufgrund der Berechnung gemäß plan. QI-RL Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 mit dargestellt.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	-	1,13 %	0,73 %	Sentinel Event
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	-	16,14 %	18,88 %	≤ 43,52 %
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	-	81,83 %	89,00 %	≥ 75,40 %
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 2 4 Stunden	-	2,64 %	3,30 %	≤ 6,59 %
850231	Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	-	1,48 %	1,29 %	≤ 6,88 %
851911	Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-) Ovariectomie	-	2,72 %	2,91 %	≤ 6,69 %
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	-	0,18 %	0,16 %	= 0,00%
850225	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	100,92 %	100,58 %	≤ 110,00 %
850100	Auffälligkeitskriterium zum MDS	-	0,21 %	0,00 %	≤ 5,00 %
Planungsrelevante Qualitätsindikatoren					
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	4,46 %	6,23 %	7,39 %	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	0,54 %	0,89 %	1,15 %	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	0,73	0,73	1,03	≤ 4,18

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 22 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	60685	18	1	5,56 %	Sentinel Event	ST	U62
06-01	60685	24	1	4,17 %	Sentinel Event	ST	U62
06-01	612	22	16	72,73 %	≥ 75,40 %	ST	U62
08-03	612	22	16	72,73 %	≥ 75,40 %	ST	U62
09-01	51906	41	2	4,76	≤ 4,18	ST	U62
09-02	612	10	17	58,82 %	≥ 75,40 %	ST	U62
11-00	60686	4	2	50,00 %	≤ 43,52 %	ST	U62
11-00	851911	22	3	13,64 %	≤ 6,69 %	ST	U99
14-00	60686	8	4	50,00 %	≤ 43,52 %	ST	U62
14-00	612	13	6	46,15 %	≥ 75,40 %	ST	U62
15-00	52283	1	1	10,00 %	≤ 6,59 %	ST	U62
17-01	60685	47	2	4,26 %	Sentinel Event	ST	U62
17-01	612	44	31	70,45 %	≥ 75,40 %	ST	U62
23-01	12874	4	1	25,00 %	≤ 5,00 %	ST	U63
23-02	851911	21	2	9,52 %	≤ 6,69 %	ST	U99
24-01	60685	68	1	1,47 %	Sentinel Event	ST	U63
26-00	60685	75	1	1,33 %	Sentinel Event	ST	U62
29-00	612	1	0	0,00 %	≥ 75,40 %	ST	U62
29-00	52283	2	1	50,00 %	≤ 6,59 %	ST	U62
30-01	52283	84	6	7,14 %	≤ 6,59 %	ST	U62
30-02	10211	17	4	23,53 %	≤ 20,00 %	ST	U63
30-02	60885	30	1	3,33 %	Sentinel Event	ST	U63
30-02	612	24	18	75,00 %	≥ 75,40 %	ST	U62
32-00	12874	1	1	100,00 %	≤ 5,00 %	ST-IQTIG	A43*
35-01	52283	47	4	8,51 %	≤ 6,59 %	ST	U62
39-01	612	2	0	0,00 %	≥ 75,40 %	ST	U62
39-01	52283	3	1	33,33 %	≤ 6,59 %	ST	U62
39-02	60685	29	2	6,90 %	Sentinel Event	ST	U62
50-02	12874	12	1	8,33 %	≤ 5,00 %	ST	U63
50-02	612	7	3	42,86 %	≥ 75,40 %	ST	U62
51-00	12874	11	1	9,09 %	≤ 5,00 %	ST	U63

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

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 30 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 21 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die konstituierende Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 28.09.2022 in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

Ein Leistungserbringer wies für den planungsrelevanten Qualitätsindikator 12874 – „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung“ eine statistische Auffälligkeit auf. Gemäß „Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ (plan. QI-RL) erfolgte in diesem Fall das Stellungnahmeverfahren durch das IQTIG. Im Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wurde die Bewertung „unzureichend“ erteilt.

Die Einrichtungsergebnisse zu diesem Qualitätsindikator zeigten in den Vorjahren keine Abweichung vom Referenzbereich. Bei durch einen Fall aufgrund einer Fehldokumentation verursachten Auffälligkeit wurden durch die Fachkommission keine qualitätsfördernden Maßnahmen empfohlen.

2.8.4 Empfehlungen der Fachkommission

29 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.

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

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

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 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 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in%
01-01	442 ¹	443 ¹	100,23 ¹
01-02			
04-00	410	410	100,00
06-01	948 ¹	948 ¹	100,00 ¹
06-02			
08-01	584 ¹	581 ¹	99,49 ¹
08-02			
08-03			
09-01	692 ¹	692 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	459	455	99,13
13-01	1263 ¹	1261 ¹	99,84 ¹
13-02			
17-01	1919 ¹	1919 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	470	470	100,00
23-01	1232 ¹	1215 ¹	98,62 ¹
23-02			
24-01	1363 ¹	1366 ¹	100,22 ¹
24-02			
26-00	998	989	99,10
28-01	893 ¹	892 ¹	99,89 ¹
28-02			
30-01	1257 ¹	1261 ¹	100,32 ¹
30-02			
35-01	178 ¹	179 ¹	100,56 ¹
35-02			
39-01	714 ¹	687 ¹	96,22 ¹
39-02			
44-00	725	725	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in%
50-01	731 ¹	731 ¹	100,00 ¹
50-02			
Gesamt:	15.278	15.224	99,65

¹ 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.

2.9.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators. Ausschließlich für planungsrelevante Qualitätsindikatoren werden in den nachfolgenden Tabellen aufgrund der Berechnung gemäß plan. QI-RL Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 mit dargestellt.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
52249	Kaiserschnittgeburt	-	1,01	1,02	≤ 1,24
321	TKez: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	-	0,22 %	0,22 %	nicht definiert
51397	TKez: Azidose bei reifen Einlingen	-	0,93	0,96	nicht definiert
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	-	0,76	1,03	≤ 3,94
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	-	0,79	0,81	≤ 2,96
331	TKez: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	-	0,00 %	0,01 %	nicht definiert
182010	TKez: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	-	0,22 %	0,21 %	nicht definiert
182011	TKez: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	-	3,24 %	2,68 %	nicht definiert
182014	TKez: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	-	10,67 %	8,75 %	nicht definiert
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten		0,00 %	0,39 %	= 0,00
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess		0,81 %	0,82 %	≤ 2,78%
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation		99,90 %	100,19 %	≤ 110,00%
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)		0,006 %	0,05 %	≤ 5,00%

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren					
QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2020	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	98,41 %	93,43 %	96,53 %	≥ 95,00 %
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	99,22 %	98,96 %	98,93 %	≥ 90,00 %
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0 Fälle	1 Fall	22 Fälle	Sentinel Event
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	98,03 %	96,58 %	97,17 %	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	1,22	0,95	1,01	≤ 2,32

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 11 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	52249	439	175	1,33	≤ 1,24	ST	A72
04-00	51803	389	7	2,69	≤ 2,32	ST	U63
09-01	318	3	2	66,67 %	≥ 90,00 %	ST	U63
09-01	52249	265	98	1,36	≤ 1,24	ST	A72
23-02	330	39	37	94,87 %	≥ 95,00 %	ST	U62
24-01	181800	921	3	3,00	≤ 2,96	ST	U62
28-01	318	28	25	89,29 %	≥ 90,00 %	ST	U63
30-02	52249	733	316	1,30	≤ 1,24	ST	U99
35-01	318	3	2	66,67 %	≥ 90,00 %	ST	S99
35-01	51803	168	4	3,59	≤ 2,32	ST	S99
44-00	1058	11	1	9,09 %	≤ 0,00 %	ST IQTIG	U34*
50-01	318	6	5	83,33 %	≥ 90,00 %	ST	U63
50-02	330	1	0	0,00 %	≥ 95,00 %	ST IQTIG	A43*

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

2.9.2 Leistungsbereich Neonatologie (PM-NEO)

2.9.2.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	67 ¹	67 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	2 ¹	2 ¹	100,00 ¹
02-02			
04-00	60	60	100,00
06-01	251 ¹	251 ¹	100,00 ¹
06-02			
08-01	144 ¹	145 ¹	100,69 ¹
08-02			
08-03			
09-01	47 ¹	47 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	144	142	98,61
13-01	236 ¹	236 ¹	100,00 ¹
13-02			
17-01	369 ¹	370 ¹	100,27 ¹
17-02			
21-00	1	1	100,00
23-01	321 ¹	321 ¹	100,00 ¹
23-02			
24-01	181 ¹	185 ¹	102,21 ¹
24-02			
26-00	4	4	100,00
28-01	170 ¹	170 ¹	100,00 ¹
28-02			
30-01	232 ¹	235 ¹	101,29 ¹
30-02			
30-03			
35-01	13 ¹	13 ¹	100,00 ¹
35-02			
39-01	105 ¹	105 ¹	100,00 ¹
39-02			
42-00	1	1	100,00
44-00	96	96	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
50-01	111 ¹	111 ¹	100,00 ¹
50-02			
Gesamt:	2.555	2.562	99,73

¹ 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.

2.9.2.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ergebnisse in Sachsen-Anhalt 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	0,05 %	0,20 %	Sentinel Event
51832	TKez: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	2,74 %	3,57 %	nicht definiert
51837	TKez: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	0,95	1,12	nicht definiert
51076	TKez: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	3,60 %	2,81 %	nicht definiert
50050	TKez: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	1,39	0,94	nicht definiert
51838	TKez: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	1,18 %	1,93 %	nicht definiert
51843	TKez: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	0,70	1,08	nicht definiert
51077	TKez: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	4,58 %	1,36 %	nicht definiert
50051	TKez: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	3,95	1,13	nicht definiert
51079	TKez: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	7,34 %	5,40 %	nicht definiert
50053	TKez: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	1,48	0,98	nicht definiert
51078	H TKez: höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	1,47 %	3,67 %	nicht definiert
50052	TKez: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	0,40	1,10	nicht definiert
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	1,17	1,04	≤ 2,29
50060	Nosokomiale Infektion	1,44	0,93	≤ 2,47
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	0,82	0,94	≤ 2,31
52262	Zunahme des Kopfumfangs	6,43 %	10,06 %	≤ 21,90 %

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
50063	Durchführung eines Hörtests	97,87 %	98,30 %	≥ 95,00 %
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	1,32	0,86	≤ 2,55
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	1,05	0,94	≤ 2,04
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	0,98%	0,88	≤ 2,52%
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	1,01%	0,84%	≤ 3,82%
851800	Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab	0,13%	0,09%	≤ 2,55%
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	53,57%	19,54%	0,00%
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	41,67%	63,00%	≤ 80,00%
852001	Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung	56,67%	45,93%	≤ 25,00%
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,37%	100,80%	≤ 110,00%
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	1,06%	0,74%	≤ 5,00%

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

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
04-00	50074	57	4	2,40	≤ 2,04	ST	U99
06-01	51901	8	1	6,20	≤ 2,29	ST	U62
08-03	50074	141	10	2,40	≤ 2,04	ST	U99
09-01	50063	12	11	91,67 %	≥ 95,00 %	ST	U63
11-00	50063	140	132	94,29 %	≥ 95,00 %	ST	U63
13-01	850208	215	15	6,98 %	≤ 5,00 %	ST	U99
13-01	851813	46	32	0,70	= 0,00	ST	U99
17-01	50069	46	6	2,72	≤ 2,55	ST	U62
17-01	850206	341	10	2,93	≤ 2,52 %	ST	U99
17-01	851813	10	3	0,30	= 0,00	ST	U99
23-02	51070	204	1	0,49 %	≤ 0,00 %	ST	U62

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
24-01	50060	153	2	2,68	≤ 2,47	ST	U62
24-01	851813	6	2	0,33	= 0,00	ST	U99
26-00	50074	4	1	6,41	≤ 2,04	ST	U63
30-02	51901	16	1	2,30	≤ 2,29	ST	U62
30-02	851813	1	1	1,00	= 0,00	ST	S99
30-03	850207	9	1	11,11 %	≤ 3,82 %	ST	U99
35-01	850208	13	4	30,77 %	≤ 5,00 %	ST	S99
35-01	851813	1	1	1,00	= 0,00	ST	S99
39-02	50060	85	3	8,57	≤ 2,47	ST	U62
39-02	851813	6	2	0,33	= 0,00	ST	U99
44-00	50062	2	1	17,93	≤ 2,31	ST	U62
44-00	851813	3	1	0,33	= 0,00	ST	U99
50-01	851813	2	2	1,00	= 0,00	ST	U99
50-02	851813	1	1	1,00	= 0,00	ST	U99

2.9.3 Aktivitäten der Fachkommission

Die konstituierende Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 10.10.2022 für die Leistungsbereiche Geburtshilfe und Neonatologie in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

PM - GEB

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 11 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 9 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

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

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

Auch für den planungsrelevanten Qualitätsindikator QI 330 „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ gab es ein statistisch auffälliges Ergebnis. Das IQTIG führte auch in diesem Fall das Stellungnahmeverfahren durch und beurteilte das Ergebnis als unzureichend.

Die Einrichtungsergebnisse zu diesem Qualitätsindikator zeigten in den Vorjahren keine Abweichung vom Referenzbereich. Bei der durch einen Fall verursachten Auffälligkeit wurden durch die Fachkommission keine qualitätsfördernden Maßnahmen empfohlen.

PM - 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 25 Nachfragen für 17 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 für 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 Erfassungsjahr 2021 abgeschlossen werden.

2.10 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

2.10.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	526 ¹	526 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	236 ¹	235 ¹	99,58 ¹
02-02			
04-00	135	138	102,22
05-00	197	197	100,00
06-01	622 ¹	622 ¹	100,00 ¹
06-02			
08-01	756 ¹	757 ¹	100,13 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	162 ¹	162 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	179	172	96,09
12-00	133	133	100,00
13-01	711 ¹	714 ¹	100,42 ¹
13-02			
14-00	492	490	99,59
15-00	339 ¹	340 ¹	100,30 ¹
74-00			
16-00	396	395	99,75
17-01	275 ¹	275 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	194	194	100,00
22-00	23	23	100,00
23-01	586 ¹	589 ¹	100,51 ¹
23-02			
24-01	363 ¹	364 ¹	100,28 ¹
24-02			
25-00	3	3	100,00
26-00	19 ¹	19 ¹	100,00 ¹
75-00			

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
27-00	310	310	100,00
28-01	250 ¹	251 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	105	105	100,00
30-01	474 ¹	486 ¹	102,53 ¹
30-02			
30-03			
30-04			
32-00	120	121	100,83
35-01	91 ¹	91 ¹	100,00 ¹
35-02			
36-00	53	53	100,00
39-01	209 ¹	210 ¹	100,48 ¹
39-02			
42-00	275	275	100,00
44-00	314	314	100,00
49-00	161	161	100,00
50-01	181 ¹	181 ¹	100,00 ¹
50-02			
50-03			
60-00	63	65	103,17
61-00	10	10	100,00
62-01	4 ¹	4 ¹	100,00 ¹
62-02			
62-03			
63-00	5	5	100,00
64-01	20 ¹	20 ¹	100,00 ¹
64-02			
64-03			
64-04			
64-05			
65-00	27	27	100,00
66-00	37	36	97,30
67-01	13 ¹	14 ¹	107,69 ¹
67-02			
67-03			
69-00	89	89	100,00
70-00	1	0	0,00
71-00	4	4	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
72-01	3 ¹	3 ¹	100,00 ¹
72-02			
72-03			
Gesamt	9.166	9.183	99,81

¹ 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.

2.10.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/ Kategorie 1)	1,19	1,05	≤ 2,28
52326	TKez: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 2	0,41 %	0,34 %	nicht definiert
521801	TKez: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 3	0,08 %	0,06 %	nicht definiert
521800	TKez: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/ Kategorie nicht näher bezeichnet	0,01 %	0,01 %	nicht definiert
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4	48 Fälle	688 Fälle	Sentinel Event
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1,20 %	0,72 %	≤ 3,25 %
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	-3,91 %	-3,58 %	≤ 20,00 %
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,38 %	100,44 %	≤ 110,00 %
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,01 %	≤ 5,00 %
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	99,74 %	98,16 %	≥ 95,00 %
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	99,74 %	98,16 %	≤ 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.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	52010	8443	1	0,01	Sentinel Event	ST	U63
01-02	52010	1849	1	0,05	Sentinel Event	ST	U62
01-02	850359	225	12	5,33	≤ 3,25 %	ST	U63
02-01	52010	11372	5	0,04	Sentinel Event	ST	U62

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
05-00	52010	1790	1	0,06	Sentinel Event	ST	U63
09-01	52010	5642	2	0,04	Sentinel Event	ST	U63
11-00	52010	13347	1	0,01	Sentinel Event	ST	U63
13-01	52009	30389	291	2,46	≤ 2,28	ST	U63
13-01	52010	30389	4	0,01	Sentinel Event	ST	U62
14-00	52009	17314	230	2,49	≤ 2,28	ST	U62
14-00	52010	17314	2	0,01	Sentinel Event	ST	U62
14-00	850359	456	34	7,46	≤ 3,25 %	ST	U63
16-00	52010	12501	3	0,02	Sentinel Event	ST	U62
17-01	52010	15810	2	0,01	Sentinel Event	ST	U62
23-01	52010	29299	4	0,01	Sentinel Event	ST	U62
24-01	52010	22740	11	0,05	Sentinel Event	ST	D80
27-00	52010	8535	1	0,01	Sentinel Event	ST	U63
28-02	52010	4615	1	0,02	Sentinel Event	ST	U63
30-02	52010	11814	2	0,02	Sentinel Event	ST	U63
35-01	52010	3244	1	0,03	Sentinel Event	ST	U62
39-01	52009	11792	78	2,31	≤ 2,28 %	ST	U62
39-01	52010	11792	2	0,02	Sentinel Event	ST	U63
49-00	52010	5729	1	0,02	Sentinel Event	ST	U62
50-01	52010	10752	2	0,02	Sentinel Event	ST	U63
66-00	52010	2035	1	0,05	Sentinel Event	ST	U63

2.10.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 25 Nachfragen zu 20 Leistungserbringern, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die konstituierende Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 21.09.2022 in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung 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. 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 Erfassungsjahr 2021 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 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	70 ¹	70 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	66 ¹	66 ¹	100,00 ¹
02-02			
04-00	62	62	100,00
06-01	64	64	100,00
08-01	174 ¹	174 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	50 ¹	50 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	60	59	98,33
12-00	100	100	100,00
13-01	182 ¹	182 ¹	100,00 ¹
13-02			
14-00	151	151	100,00
15-00	-	-	-
16-00	1	1	100,00
17-01	126 ¹	126 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	81	81	100,00
22-00	268	268	100,00
23-01	197 ¹	197 ¹	100,00 ¹
23-02			
24-01	138 ¹	138 ¹	100,00 ¹
24-02			

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
27-00	50	50	100,00
28-01	85 ¹	85 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	67	67	100,00
30-01	236 ¹	237 ¹	100,42 ¹
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	-	-	-
35-01	75 ¹	75 ¹	100,00 ¹
35-02			
36-00	27	27	100,00
39-01	106 ¹	109 ¹	102,83 ¹
39-02			
42-00	160	160	100,00
44-00	49	49	100,00
49-00	1	1	100,00
50-01	-	-	-
50-02			
50-03			
69-00	-	-	-
74-00	-	-	-
Gesamt:	2.646	2.649	100,11

¹ 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.

2.11.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
101803	Leitlinienkonforme Indikation	97,76 %	96,4 %	≥ 90,00 %
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	99,59 %	99,54 %	≥ 90,00 %
54143	Systeme 3. Wahl	2,24 %	2,02 %	nicht definiert
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	90,22 %	88,41 %	≥ 60,00 %
101800	Dosis-Flächen-Produkt	0,94	0,87	≤ 3,36
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	95,02 %	95,38 %	≥ 90,00 %
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,65 %	0,96 %	≤ 2,60 %
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,41 %	1,42 %	≤ 3,00 %
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	90,62 %	53,31 %	nicht definiert
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,91	0,96	≤ 3,98
102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	95,24 %	96,83 %	nicht definiert
813070	Häufig führendes Symptom 'sonstiges'	0,76 %	0,43 %	≤ 3,13 %
813071	Häufig führende Indikation 'sonstiges'	0,92 %	0,90 %	≤ 3,24 %
851901	Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt	0,12 %	0,20 %	≤ 2,00 %
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,00 %	99,50 %	≥ 95,00 %
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,15 %	100,06 %	≤ 110,00 %
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,08 %	≤ 5,00 %

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

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
02-01	52311	66	2	3,03 %	≤ 3,00 %	ST	U63
04-00	52139	65	17	26,15 %	≥ 60,00 %	ST	U63
06-01	52305	220	195	88,64 %	≥ 90,00 %	ST	U63
06-01	51191	64	2	6,05	≤ 3,98	ST	U62
08-03	813070	32	2	6,25 %	≤ 3,13 %	ST	U99
09-01	52311	4	1	25,00 %	≤ 3,00 %	ST	U62
09-02	52305	164	140	85,37 %	≥ 90,00 %	ST	U63
09-02	101801	46	2	4,35 %	≤ 2,60 %	ST	U62
09-02	52311	46	2	4,35 %	≤ 3,00 %	ST	U62
09-02	813071	46	5	10,87 %	≤ 3,24 %	ST	U99
13-01	52311	174	8	4,60 %	≤ 3,00 %	ST	U62
14-00	52311	148	9	6,08 %	≤ 3,00 %	ST	U62
16-00	101803	1	0	0,00 %	≥ 90,00 %	ST	U63
16-00	101800	1	1	12,22	≤ 3,36	ST	U63
35-02	52311	74	3	4,05 %	≤ 3,00 %	ST	U62
36-00	101800	26	9	3,63	≤ 3,36	ST	U62
36-00	52311	27	1	3,70 %	≤ 3,00 %	ST	U62
39-01	52311	108	4	3,70 %	≤ 3,00 %	ST	U62
49-00	101800	1	1	9,04	≤ 3,36	ST	U62
50-02	52139	4	2	50,00 %	≥ 60,00 %	ST	U62

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

2.11.2.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	2 ¹	2 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	19 ¹	23 ¹	121,05 ¹
02-02			
04-00	6	6	100,00
06-01	34	34	100,00
08-01	43 ¹	43 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	19 ¹	19 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	15	15	100,00
12-00	11	11	100,00
13-01	23 ¹	24 ¹	104,35 ¹
13-02			
14-00	102	102	100,00
15-00	-	-	-
16-00	3	3	100,00
17-01	46 ¹	46 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	15	15	100,00
22-00	32	32	100,00
23-01	9 ¹	10 ¹	111,11 ¹
23-02			
24-01	50 ¹	49 ¹	98,00 ¹
24-02			
27-00	34	34	100,00
28-01	19 ¹	19 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	11	11	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	236 ¹	237 ¹	100,42 ¹
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	-	-	-
35-01	75 ¹	75 ¹	100,00 ¹
35-02			
36-00	27	27	100,00
39-01	106 ¹	109 ¹	102,83 ¹
39-02			
42-00	160	160	100,00
44-00	49	49	100,00
49-00	1	1	100,00
50-01	-	-	-
50-02			
50-03			
69-00	-	-	-
74-00	-	-	-
Gesamt:	2.646	2.649	100,11

¹ 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.

2.11.2.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	98,42 %	98,64 %	≥ 95,00 %
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,16 %	0,17 %	≤ 2,30 %
813073	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,49 %	100,32 %	≥ 95,00 %
850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,97 %	100,75 %	≤ 110,00 %
850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,03 %	≤ 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
02-01	850165	19	23	121,05 %	≤ 110 %	ST	U99
04-00	52307	18	9	50,00 %	≥ 95 %	ST	U63
23-01	52307	79	75	94,94 %	≥ 95 %	ST	U63
36-00	52307	71	63	88,73 %	≥ 95 %	ST	U63
50-02	111801	4	1	25,00 %	≤ 2,3 %	ST	U63

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

2.11.3.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	6 ¹	6 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	17 ¹	19 ¹	111,76 ¹
02-02			
04-00	-	-	-
06-01	10	10	100,00
08-01	15 ¹	15 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	3 ¹	3 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	2	2	100,00
12-00	11	11	100,00
13-01	38 ¹	39 ¹	102,63 ¹
13-02			
14-00	32	32	100,00
15-00	-	-	-
16-00	-	-	-
17-01	11 ¹	11 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	8	8	100,00
22-00	45	45	100,00
23-01	38 ¹	38 ¹	100,00 ¹
23-02			
24-01	18 ¹	18 ¹	100,00 ¹
24-02			
27-00	6	6	100,00
28-01	7 ¹	7 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	11	11	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	43 ¹	45 ¹	104,65 ¹
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	-	-	-
35-01	10 ¹	10 ¹	100,00 ¹
35-02			
36-00	7	7	100,00
39-01	4 ¹	4 ¹	100,00 ¹
39-02			
42-00	10	10	100,00
44-00	5	5	100,00
49-00	3	3	100,00
50-01	-	-	-
50-02			
50-03			
69-00	-	-	-
74-00	-	-	-
Gesamt:	360	365	101,39

¹ 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.

2.11.3.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,55 %	0,75 %	≤ 3,01 %
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	1,18 %	0,91 %	≤ 3,00 %
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	2,03	1,19	≤ 5,04
850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	4,35 %	2,89 %	≤ 10,57 %
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	101,16 %	99,83 %	≥ 95,00 %
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	101,40 %	100,42 %	≤ 110,00 %
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,26 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 6 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
02-01	850339	11	2	18,18 %	≤ 10,57 %	ST	U99
12-00	850339	9	2	22,22 %	≤ 10,57 %	ST	U99
13-01	52315	27	1	3,7 %	≤ 3,00 %	ST	U62
14-00	121800	32	2	6,25 %	≤ 3,10 %	ST	U62
14-00	52315	26	2	7,69 %	≤ 3,00 %	ST	U63
14-00	51404	32	2	5,45	≤ 5,04	ST	U62
24-01	850339	11	2	18,18 %	≤ 10,57 %	ST	U99
29-00	51404	11	1	5,37	≤ 5,04	ST	U62

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

2.11.4.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	26 ¹	26 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	22 ¹	22 ¹	100,00 ¹
02-02			
04-00	3	3	100,00
06-01	8	8	100,00
08-01	30 ¹	30 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	1	1	100,00
09-02			
11-00	24	24	100,00
12-00	26	26	100,00
13-01	51 ¹	51 ¹	100,00 ¹
13-02			
14-00	17	17	100,00
15-00	-	-	-
16-00	-	-	-
17-01	55 ¹	55 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	31	31	100,00
22-00	65	65	100,00
23-01	86 ¹	86 ¹	100,00 ¹
23-02			
24-01	42 ¹	42 ¹	100,00 ¹
24-02			
27-00	11	11	100,00
28-01	34 ¹	34 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	27	27	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	35 ¹	37 ¹	105,71 ¹
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	-	-	-
35-01	42 ¹	42 ¹	100,00 ¹
35-02			
36-00	7	7	100,00
39-01	11 ¹	11 ¹	100,00 ¹
39-02			
42-00	44	44	100,00
44-00	2	2	100,00
49-00	-	-	-
50-01	-	-	-
50-02			
50-03			
69-00	-	-	-
74-00	-	-	-
Gesamt:	693	695	100,29

¹ 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.

2.11.4.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
50055	Leitlinienkonforme Indikation	91,72 %	91,97 %	≥ 90,00 %
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	96,65 %	97,70 %	≥ 90,00 %
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	94,60 %	91,55 %	≥ 60,00 %
131801	Dosis-Flächen-Produkt	0,84	0,83	≤ 2,53
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	95,72 %	96,26 %	≥ 90,00 %
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,15 %	0,86 %	≤ 2,50 %
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,39 %	0,77 %	≤ 3,00 %
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Verschieben der Sonden	93,37 %	53,76 %	nicht definiert
51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,18	0,97	≤ 6,01
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	95,05 %	96,33 %	nicht definiert
850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	0,73 %	0,52 %	≤ 3,57 %
851903	Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt	0,00 %	0,10 %	≤ 2,00 %
8851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,15	99,44 %	≥ 95,00 %
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,29	100,31 %	≤ 110,00 %
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,02 %	≤ 5,00 %

Die nachfolgende Tabelle kennzeichnet die Abweichungen von den Referenzbereichen auf Einrichtungsebene. Der seitens des IQTIG übermittelten Ergebnisübersicht sind die Ergebnisse 11 stationärer Leistungserbringer zu entnehmen.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	50055	26	22	84,62 %	≥ 90,00 %	ST	U63
02-01	50055	22	16	72,73 %	≥ 90,00 %	ST	U63
02-01	52316	71	63	88,73 %	≥ 90,00 %	ST	U63
04-00	50055	3	1	33,33 %	≥ 90,00 %	ST	U63
04-00	52131	4	0	0,00 %	≥ 60,00 %	ST	U63
04-00	52325	3	1	33,33 %	≤ 3,00 %	ST	U62
06-01	50055	8	6	75,00 %	≥ 90,00 %	ST	U63
06-01	50005	8	7	87,50 %	≥ 90,00 %	ST	U62
06-01	131801	8	2	2,59	≤ 2,53	ST	U62
06-02	52316	2	1	50,00 %	≥ 90,00 %	ST	U63
11-00	131801	24	7	2,66	≤ 2,53	ST	U62
13-01	52325	44	2	4,55 %	≤ 3,00 %	ST	U62
14-00	52325	17	3	17,65 %	≤ 3,00 %	ST	U62
17-01	50055	53	43	81,13 %	≥ 90,00 %	ST	U63
21-00	52325	31	2	6,45 %	≤ 3,00 %	ST	U62
21-00	51186	31	1	6,11	≤ 6,01	ST	U62
44-00	131801	2	1	4,79	≤ 2,53	ST	U62
44-00	52316	7	6	85,71 %	≥ 90,00 %	ST	U63
44-00	131802	2	1	50,00 %	≤ 2,50 %	ST	U62

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

2.11.5.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	5 ¹	5 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	21 ¹	22 ¹	104,76 ¹
02-02			
04-00	1	1	
06-01	15	15	100,00
08-01	6 ¹	6 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	-	-	-
09-02			
11-00	14	14	100,00
12-00	1	1	100,00
13-01	11 ¹	11 ¹	100,00 ¹
13-02			
14-00	30	30	100,00
15-00	-	-	-
16-00	-	-	-
17-01	18 ¹	18 ¹	100,00 ¹
17-02			
21-00	6	6	100,00
22-00	31	31	100,00
23-01	39 ¹	39 ¹	100,00 ¹
23-02			
24-01	18 ¹	18 ¹	100,00 ¹
24-02			
27-00	11	11	100,00
28-01	16 ¹	16 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	1	1	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	28 ¹	30 ¹	107,14 ¹
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	-	-	-
35-01	9 ¹	9 ¹	100,00 ¹
35-02			
36-00	-	-	-
39-01	22 ¹	22 ¹	100,00 ¹
39-02			
42-00	3	3	100,00
44-00	1	1	100,00
49-00	-	-	-
50-01	5 ¹	5 ¹	100,00 ¹
50-02			
50-03			
69-00	-	-	-
74-00	-	-	-
Gesamt:	312	315	100,96

¹ 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.

2.11.5.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis-BU 2021	Referenzbereich
52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	99,42 %	98,92 %	≥ 95,00 %
141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,32 %	0,26 %	≤ 3,80 %
851802	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	101,00 %	99,78 %	≥ 95,00 %
850195	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,96 %	100,42 %	≤ 110,00 %
850221	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,02 %	≤ 5,00 %

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

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
02-01	141800	22	1	4,55 %	≤ 3,80 %	ST	U62

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

2.11.6.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentations- pflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	4	4	100,00
01-02			
02-01	4	4	100,00
02-02			
04-00	1	1	100,00
06-01	3	3	100,00
08-01	8	8	100,00
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	-	-	-
09-02			
11-00	4	4	100,00
12-00	8	8	100,00
13-01	22	22	100,00
13-02			
14-00	11	11	100,00
15-00	-	-	-
16-00	-	-	-
17-01	19	19	100,00
17-02			
21-00	10	10	100,00
22-00	55	55	100,00
23-01	42	43	102,38
23-02			
24-01	22	22	100,00
24-02			
27-00	4	4	100,00
28-01	14	14	100,00
28-02			
28-03			
29-00	8	8	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	25	25	100,00
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	-	-	-
35-01	9 ¹	10 ¹	111,11 ¹
35-02			
36-00	-	-	-
39-01	7 ¹	7 ¹	100,00 ¹
39-02			
42-00	8	8	100,00
44-00	1	1	100,00
49-00	-	-	-
50-01	-	-	-
50-02			
50-03			
69-00	-	-	-
74-00	-	-	-
Gesamt:	289	291	100,69

¹ 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.

2.11.6.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,35 %	1,41 %	≤ 2,90 %
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,93 %	0,66 %	≤ 3,00 %
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,14	1,06	≤ 4,79
851904	Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	17,36 %	12,10 %	≤ 28,44 %
581803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,73 %	99,56 %	≥ 95,00 %
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,70 %	100,36 %	≤ 110,00 %
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,22 %	≤ 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
01-01	151800	4	1	25,00 %	≤ 2,90 %	ST	U62
08-01	851904	8	5	62,50 %	≤ 28,44 %	ST	U99
14-00	52324	10	1	10,00 %	≤ 3,00 %	ST	U62
23-01	52324	29	1	3,45 %	≤ 3,00 %	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 57 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für den stationären Bereich, die wie folgt auf die jeweiligen Auswertungsmodule verteilt sind:

Modul	Anzahl Stellungnahmen	Anzahl Leistungserbringer
HSM-IMPL	20	14
HSM-AGGW	5	5
HSM-REV	8	6
DEFI-IMPL	19	11
DEFI-AGGW	1	1
DEFI-REV	4	4

Die konstituierende Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 29.09.2022 für die Leistungsbereiche Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation, Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel und Implantierbare Defibrillatoren- Revision/-Systemwechsel/-Explantation in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

2.11.8 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 Erfassungsjahr 2021 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 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	63 ¹	63 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	86 ¹	88 ¹	102,33 ¹
02-02			
04-00	51	52	101,96
06-00	103	103	100,00
08-01	145 ¹	145 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	56 ¹	56 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	64	64	100,00
12-00	35	35	100,00
13-01	61 ¹	61 ¹	100,00 ¹
13-02			
14-00	48	48	100,00
16-00	109	104	95,41
21-00	34	34	100,00
23-01	109 ¹	111 ¹	101,83 ¹
23-02			
24-01	115 ¹	115 ¹	100,00 ¹
24-02			
27-00	40	40	100,00
28-01	98 ¹	98 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	40	40	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	103 ¹	103 ¹	100,00 ¹
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	25	25	100,00
35-01	41 ¹	41 ¹	100,00 ¹
35-02			
36-00	26	26	100,00
39-01	63 ¹	63 ¹	100,00 ¹
39-02			
42-00	57	58	101,75
44-00	88	88	100,00
49-00	54	54	100,00
50-01	89 ¹	89 ¹	100,00 ¹
50-02			
50-03			

¹ 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.

2.12.1.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis-BU 2021	Referenzbereich
54030	Präoperative Verweildauer	12,49 %	9,11 %	≤ 15,00 %
54050	Sturzprophylaxe	97,1 %	97,54 %	≥ 90,00 %
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,59	1,09	≤ 2,36
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,73 %	1,85 %	≤ 5,88 %
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0,95	1,08	≤ 2,46
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0,99	1,05	nicht definiert
850147	Angabe von ASA 5	0,06 %	0,04 %	= 0,00
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	-	34,55 %	= 0,00
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	33,33 %	44,01 %	≤ 50,00 %
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,35 %	100,35 %	≤ 110,00 %
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,06 %	0,12 %	≤ 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.

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	54050	49	42	85,71 %	≥ 90,00 %	ST	U63
08-01	54050	32	27	84,38 %	≥ 90,00 %	ST	U63
08-02	54030	38	9	23,68 %	≤ 15,00 %	ST	U62
08-02	54033	27	15	2,64	≤ 2,36	ST	U99
09-02	54030	28	5	17,86 %	≤ 15,00 %	ST	U62
11-00	54030	64	24	37,50 %	≤ 15,00 %	ST	A71
11-00	54033	53	27	2,47	≤ 2,36	ST	U62
12-00	54030	34	6	17,65 %	≤ 15,00 %	ST	U62
12-00	54033	24	15	2,83	≤ 2,36	ST	U62
12-00	54042	34	9	2,99	≤ 2,46	ST	U62
14-00	54030	47	10	21,28 %	≤ 15,00 %	ST	U63
16-00	54030	104	20	19,23 %	≤ 15,00 %	ST	U62
23-01	54030	102	17	16,67 %	≤ 15,00 %	ST	U99
23-02	54030	2	1	50,00 %	≤ 15,00 %	ST	U62
24-01	54033	81	58	4,44	≤ 2,36	ST	U63
24-01	850147	110	1	0,01	= 0,00	ST	U99
30-01	54030	51	8	15,69 %	≤ 15,00 %	ST	U62
30-01	54033	42	19	2,40	≤ 2,36	ST	U62
30-01	54042	51	12	2,92	≤ 2,46	ST	U62
32-00	54033	17	6	2,69	≤ 2,36	ST	U62
49-00	54030	54	14	25,93 %	≤ 15,00 %	ST	A99
49-00	54033	27	15	3,11	≤ 2,36	ST	U63
50-01	54033	43	29	3,08	≤ 2,36	ST	U63

2.12.2 Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

2.12.2.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	101 ¹	101 ¹	100,00 ¹
01-01			
02-01	137 ¹	135 ¹	98,54 ¹
02-02			
04-00	81	83	102,47
06-00	285	285	100,00
08-01	283 ¹	284 ¹	100,35 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	173 ¹	173 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	192	189	98,44
12-00	35	35	100,00
13-01	268 ¹	269 ¹	100,37 ¹
13-02			
14-00	370	372	100,54
15-00	57	57	100,00
16-00	239	236	98,74
21-00	169	169	100,00
23-01	284 ¹	285 ¹	100,35 ¹
23-02			
24-01	146 ¹	146 ¹	100,00 ¹
24-02			
25-00	249	249	100,00
26-00	232	232	100,00
27-00	438	438	100,00
28-01	251 ¹	251 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	174	174	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	182 ¹	184 ¹	101,10 ¹
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	160	160	100,00
35-01	123 ¹	123 ¹	100,00 ¹
35-02			
36-00	51	51	100,00
39-01	151 ¹	148 ¹	98,01 ¹
39-02			
42-00	173	173	100,00
44-00	167	167	100,00
49-00	134	134	100,00
50-01	287	287	100,00

¹ 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.

2.12.3 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	96,62 %	97,65 %	≥ 90,00 %
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	92,42 %	92,06 %	≥ 86,00 %
54003	Präoperative Verweildauer	14,87 %	8,82 %	≤ 15,00 %
54004	Sturzprophylaxe	94,09 %	97,09 %	≥ 90,00 %
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,09	1,03	≤ 2,25
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2,34 %	1,44 %	≤ 6,67 %
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	8,58 %	7,48 %	≤ 19,43 %
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	5,27 %	4,69 %	≤ 11,11 %
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2,57 %	2,31 %	≤ 7,59 %
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0,97	0,99	≤ 1,98
54010	Beweglichkeit bei Entlassung	94,94 %	97,17 %	nicht definiert
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,61	1,06	≤ 2,56
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0,00 %	0,05 %	Sentinel Event
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,19	1,04	nicht definiert
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	27,06 %	24,85 %	≤ 50,00 %
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	28,07 %	20,42 %	≤ 40,00 %
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	11,39 %	9,68 %	< 3,00

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis BU 2021	Referenzbereich
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	56,51 %	66,93 %	≤ 90,00 %
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	15,87 %	9,34 %	= 0,00
852102	Angabe von ASA 5	0,04 %	0,03 %	= 0,00
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	99,92 %	100,48 %	≥ 95,00 %
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,14 %	100,38 %	≤ 110,00 %
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	100,14 %	100,36 %	≥ 95,00 %
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	100,14 %	100,36 %	≤ 110,00 %
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	100,86 %	99,97 %	≥ 95,00 %
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	100,86 %	99,97 %	≤ 110,00 %
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,05 %	≤ 5,00 %

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

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	54001	41	35	85,37 %	≥ 90,00 %	ST	U63
01-01	54004	85	68	80,00 %	≥ 90,00 %	ST	U62
01-01	54017	3	1	33,33 %	≤ 19,43 %	ST	U62
02-01	54018	70	11	15,71 %	≤ 11,11 %	ST	U63
02-01	850151	7	3	42,86 %	≤ 40,00 %	ST	U99
02-01	850276	12	11	91,67 %	≥ 95,00 %	ST	U99
04-00	54002	2	1	50,00 %	≥ 86,00 %	ST	U63
04-00	54003	39	6	15,38 %	≤ 15,00 %	ST	U99
06-01	54017	10	2	20,00 %	≤ 19,43 %	ST	U62
08-01	54003	39	6	15,38 %	≤ 15,00 %	ST	U62
08-01	54004	90	68	75,56 %	≥ 90,00 %	ST	U63
08-01	850276	18	17	94,44 %	≥ 95,00 %	ST	U99

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
08-02	54003	29	8	27,59 %	≤ 15,00 %	ST	U62
08-03	54002	2	1	50,00 %	≥ 86,00 %	ST	U62
08-03	54003	50	8	16,00 %	≤ 15,00 %	ST	U62
09-01	54003	23	5	21,74 %	≤ 15,00 %	ST	U62
09-01	54018	23	3	13,04 %	≤ 11,11 %	ST	U62
09-01	850276	9	8	88,89 %	≥ 95,00 %	ST	U99
09-02	54002	3	2	66,67 %	≥ 86,00 %	ST	U63
09-02	54003	19	5	26,32 %	≤ 15,00 %	ST	U62
11-00	54001	110	97	88,18 %	≥ 90,00 %	ST	U63
11-00	54003	63	26	41,27 %	≤ 15,00 %	ST	A99
11-00	54004	153	97	63,40 %	≥ 90,00 %	ST	D80
11-00	850152	5	3	60,00 %	≤ 50,00 %	ST	U99
11-00	851907	3	2	0,67	= 0,00	ST	U99
12-00	54003	18	3	16,67 %	≤ 15,00 %	ST	U62
12-00	54015	18	4	2,84	≤ 2,25	ST	U62
12-00	54016	11	1	9,09 %	≤ 6,67 %	ST	U62
12-00	54120	4	3	6,23	≤ 1,98	ST	U62
12-00	54012	28	5	2,81	≤ 2,56	ST	U62
13-01	54003	78	21	26,92 %	≤ 15,00 %	ST	U62
13-01	851907	3	2	0,67	= 0,00		U99
14-00	54017	32	7	21,88 %	≤ 19,43 %	ST	U63
15-00	54002	1	0	0,00 %	≥ 86,00 %	ST	U62
15-00	54004	35	28	80,00 %	≥ 90,00 %	ST	U99
23-01	54003	96	17	17,71 %	≤ 15,00 %	ST	U62
23-01	54018	97	12	12,37 %	≤ 11,11 %	ST	U62
24-01	54002	7	5	71,43 %	≥ 86,00 %	ST	U63
24-01	54004	122	109	89,34 %	≥ 90,00 %	ST	U62
24-01	54120	7	3	3,41	≤ 1,98	ST	U63
24-01	54012	120	40	4,20	≤ 2,56	ST	U63
27-00	54002	45	37	82,22 %	≥ 86,00 %	ST	U63
27-00	54003	51	10	19,61 %	≤ 15,00 %	ST	U62
27-00	54004	318	258	81,13 %	≥ 90,00 %	ST	D80
27-00	851804	6	3	0,50	< 3,00	ST	S99
27-00	851907	4	4	1,00	= 0,00	ST	U99
28-02	54003	13	3	23,08 %	≤ 15,00 %	ST	U62

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
28-02	54018	13	2	15,38 %	≤ 11,11 %	ST	U62
30-01	54003	83	16	19,28 %	≤ 15,00 %	ST	U62
30-01	54016	58	5	8,62 %	≤ 6,67 %	ST	U62
30-02	54015	26	6	2,49	≤ 2,25	ST	U62
30-02	54120	1	1	7,06	≤ 1,98	ST	U62
32-00	54017	8	2	25,00 %	≤ 19,43 %	ST	U62
35-01	54017	7	2	28,57 %	≤ 19,43 %	ST	U62
35-01	54120	8	2	2,31	≤ 1,98	ST	U63
36-00	54018	20	3	15,00 %	≤ 11,11 %	ST	U62
36-00	54019	30	3	10,00 %	≤ 7,59 %	ST	U62
36-00	54120	2	1	3,69	≤ 1,98	ST	U62
42-00	54018	58	11	18,97 %	≤ 11,11 %	ST	U62
49-00	54003	40	8	20,00 %	≤ 15,00 %	ST	U62
49-00	54012	105	14	3,35	≤ 2,56	ST	U63
50-01	54012	123	33	4,03	≤ 2,56	ST	U63
50-02	54001	80	71	88,75 %	≥ 90,00 %	ST	U63
50-02	54017	7	2	28,57	≤ 19,43 %	ST	U62

2.12.4 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 87 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer des stationären Bereiches, die wie folgt auf die jeweiligen Auswertungsmodule verteilt sind:

Modul	Anzahl Stellungnahmen	Anzahl Leistungserbringer
HGV-OSFRAK	23	15
HGV-HEP	64	27

Die konstituierende Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 11.10.2022 für die Leistungsbereiche Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung und Hüftendoprothesenversorgung in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

2.12.5 Empfehlungen der Fachkommission

83 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.

Vier Leistungserbringer wurde nochmals angeschrieben und um detailliertere Angaben gebeten. Eine abschließende Bewertung der Fachkommission erfolgte im Umlaufverfahren als plausibel. Weiterführende Maßnahmen der Maßnahmestufe 1 wurden dem Lenkungsgremium der LAG seitens der Fachkommission nach Bewertung der Stellungnahmen nicht empfohlen.

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 abgeschlossen werden

2.13 Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

2.13.1 Datengrundlage 2021

Die nachfolgende Grafik weist die dokumentierten Datensätze (IST), die dokumentationspflichtigen Datensätze (SOLL) und die daraus resultierenden Dokumentationsraten pro Einrichtung für das Erfassungsjahr 2021 aus.

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

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
01-01	75 ¹	75 ¹	100,00 ¹
01-02			
02-01	71 ¹	71 ¹	100,00 ¹
02-02			
04-00	62	62	100,00
06-00	178	178	100,00
08-01	193 ¹	193 ¹	100,00 ¹
08-02			
08-03			
08-04			
09-01	146 ¹	146 ¹	100,00 ¹
09-02			
11-00	72	72	100,00
12-00	2	2	100,00
13-01	161 ¹	161 ¹	100,00 ¹
13-02			
14-00	222	223	100,45
15-00	151	149	98,68
16-00	80	77	96,25
21-00	121	121	100,00
23-01	213 ¹	213 ¹	100,00 ¹
23-02			
24-01	31 ¹	31 ¹	100,00 ¹
24-02			
25-00	364	365	100,27
26-00	258	258	100,00
27-00	464	465	100,22
28-01	203 ¹	203 ¹	100,00 ¹
28-02			
28-03			
29-00	164	164	100,00

KH-Nummer	dokumentationspflichtige Fälle (SOLL)	in QS gemeldete Fälle (IST)	Doku-Rate in %
30-01	95 ¹	97 ¹	102,11 ¹
30-02			
30-04			
30-07			
32-00	179	180	100,56
35-01	90 ¹	90 ¹	100,00 ¹
35-02			
36-00	51	51	100,00
39-01	99 ¹	99 ¹	100,00 ¹
39-02			
42-00	149	149	100,00
44-00	146	146	100,00
49-00	96	96	100,00
50-01	193 ¹	194 ¹	100,52 ¹
50-02			
50-03			
Gesamt:	4.329	4.331	100,05

¹ 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.

2.13.2 Ergebnisse

Im Kalenderjahr 2022 waren die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 zu bewerten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse in Sachsen-Anhalt für 2021 (ST 2021) im Vergleich zum Bundesergebnis (BU 2021) des jeweiligen Indikators.

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis-BU 2021	Referenzbereich
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	97,08 %	97,97 %	≥ 90,00 %
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	95,26 %	97,52 %	≥ 90,00 %
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	90,30 %	92,25 %	≥ 86,00 %
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	1,77 %	1,07 %	≤ 4,55 %
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,92 %	3,20 %	≤ 11,45 %
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	0,86 %	1,00 %	≤ 4,20 %
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	5,12 %	4,19 %	≤ 14,29 %
54026	Beweglichkeit bei Entlassung	94,31 %	92,35 %	nicht definiert
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,68	1,22	≤ 5,66 %
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0,07 %	0,04 %	Sentinel Event
850306	Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Erstimplantationen	0,18 %	0,32 %	≤ 5,00 %
850307	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	62,07 %	38,40 %	≤ 50,00 %
850336	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	50,00 %	41,39 %	< 2,00
851908	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	65,78 %	73,86 %	< 100,00 %
851910	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	85,71 %	24,51 %	= 0,00
850375	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	99,85 %	100,56 %	≥ 95,00 %
850349	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,12 %	100,43 %	≤ 110,00 %

QI-ID	QI-Bezeichnung	Ergebnis ST 2021	Ergebnis-BU 2021	Referenzbereich
850344	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	100,08 %	100,39 %	≥ 95,00 %
850345	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	100,08 %	100,39 %	≤ 110,00 %
850346	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	101,94 %	100,82 %	≥ 95,00 %
850347	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	101,64 %	100,82 %	≤ 110,00 %
850370	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,00 %	0,09 %	≤ 5,00 %

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

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
01-01	54020	66	52	78,79 %	≥ 90,00 %	ST	U63
06-01	54125	11	2	18,18 %	≤ 14,29 %	ST	U62
08-01	54021	2	0	0,00 %	≥ 90,00 %	ST	U63
08-01	850347	18	20	111,11 %	≤ 110,00 %	ST	S99
09-01	54021	17	13	76,47 %	≥ 90,00 %	ST	U63
09-01	54022	8	5	62,50 %	≥ 86,00 %	ST	U63
11-00	54021	7	4	57,14 %	≥ 90,00 %	ST	U62
11-00	54022	10	8	80,00 %	≥ 86,00 %	ST	U62
11-00	54125	10	2	20,00 %	≤ 14,29 %	ST	U63
12-00	54021	2	1	50,00 %	≥ 90,00 %	ST	U63
13-01	54125	41	6	14,63 %	≤ 14,29 %	ST	U62
14-00	54022	21	18	85,71 %	≥ 86,00 %	ST	U62
16-00	54127	63	1	1,59 %	≤ 0,00 %	ST	U62
16-00	850375	47	42	89,36 %	≥ 95,00 %	ST	S99
16-00	851908	10	10	100,00 %	< 100,00 %	ST	U99
21-00	54022	7	6	85,71 %	≥ 86,00 %	ST	U62
23-01	54022	64	55	85,94 %	≥ 86,00 %	ST	U63
24-01	54020	25	22	88,00 %	≥ 90,00 %	ST	U63
24-01	54021	4	3	75,00 %	≥ 90,00 %	ST	U63
24-01	54022	3	1	33,33 %	≥ 86,00 %	ST	U62

KH	QI-ID	Nenner	Zähler	Ergebnis	Referenzbereich	Maßnahmen	Bewertung
27-00	850307	6	6	100,00 %	≤ 50,00 %	ST	S99
27-00	850336	3	2	0,67	< 2,00	ST	S99
27-00	851910	6	6	1,00	= 0,00	ST	U99
28-01	54125	12	2	16,67 %	≤ 14,29 %	ST	U62
30-01	54123	92	5	5,43 %	≤ 4,55 %	ST	U62
35-01	54022	4	3	75,00 %	≥ 86,00 %	ST	U63
35-01	54123	86	6	6,98 %	≤ 4,55 %	ST	U62
35-01	54127	78	1	1,28 %	≤ 0,00 %	ST	U62
50-01	54028	95	6	18,61	≤ 5,66	ST	U62
50-01	54123	100	5	5,00 %	≤ 4,55 %	ST	U62
50-02	54127	88	1	1,14 %	≤ 0,00 %	ST	U62

2.13.3 Aktivitäten der Fachkommission

Gemäß Beschlussfassung der LAG nach Abstimmung mit der Fachkommission wurde das Stellungnahmeverfahren für Leistungserbringer, welche rechnerisch auffällig im Sinne einer Abweichung vom Referenzbereich sind, durch die Geschäftsstelle ausgelöst. Daraus ergaben sich insgesamt 31 eingeleitete Stellungnahmeverfahren für 18 Leistungserbringer, die ausschließlich dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

Die konstituierende Sitzung, auf welcher auch die Bewertung der angeforderten Stellungnahmen erfolgte, wurde am 26.09.2022 in Magdeburg in Form einer Präsenzveranstaltung durchgeführt.

2.13.4 Empfehlungen der Fachkommission

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

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

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

Für alle Einrichtungen konnte nach Zustimmung des Lenkungsgremiums das Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 abgeschlossen werden.

3 Weitere Tätigkeiten der Geschäftsstelle

- Unterstützung des Lenkungsgremiums
- Unterstützung der Fachkommissionen
- Erstellung von Haushaltsplan 2023 und Nachweis der Mittelverwendung 2021
- Erstellung Tätigkeitsbericht 2021 für LAG
- Erstellung Geschäftsbericht 2021 für GBA
- Kontinuierliche Sichtung der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA und Information der Leistungserbringer
- Aufarbeitung der vom IQTIG zur Verfügung gestellten Ergebnistabellen, Spezifikationen und weiterer Informationen
- Inhaltlicher und organisatorischer Support der Einrichtungen zu den Verfahren
- Depseudonymisierung und Weiterleitung der quartalsweisen und Jahres-Rückmeldeberichte des IQTIG
- Erstellen und Übermitteln des elektronischen Qualitätssicherungsberichts nach vorgegebener Spezifikation
- Übernahme der Datenannahme der stationären /ambulant am Krankenhaus erbrachten dokumentierten Leistungen (Datensätze_LKG) bzw. Koordination derselben mit externem Dienstleister
- Organisatorischer Support der Einrichtungen bezüglich des Datenexports
- Teilnahme an Treffen der Geschäftsstellen auf Landesebene
- Zusammenarbeit mit Gremien und Institutionen auf Bundesebene (IQTIG und Bundesfachgruppen)
- Teilnahme an LAG-IQTIG-Treffen und diversen Workshops
- Pflege der Homepage der LAG zur Erleichterung der Informationssuche für die Leistungserbringer und Information der interessierten Öffentlichkeit (<https://www.eqs-sachsen-anhalt.de/>)