



GESCHÄFTSBERICHT 2022

**Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten
einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Bayern GbR**

Westenriederstr. 19
80331 München

Telefon 089 - 211590 0
E-Mail geschaeftsstelle@lag-by.de
www.lag-by.de

An der Erstellung dieses Berichtes waren beteiligt:

Julian Böhm

Mario Callies

Julia Dörsam

Tanja Grath

Jana Held

Jacqueline Holzach

Rebecca Moser

Jeannine Splett

Pia Wullinger

In diesem Bericht wird eine gendergerechte Schreibweise verwendet. Sollte in einzelnen Fällen nur die feminine oder maskuline Form verwendet worden sein, so ist dies nicht geschlechterspezifisch gemeint, sondern geschah trotz größter Sorgfalt versehentlich.

Inhalt

1	Hintergrund	1
2	Organe und Gremien der LAG Bayern	3
2.1	Gesellschafterversammlung	3
2.2	Lenkungsremium	3
2.3	Geschäftsstelle der LAG Bayern.....	4
2.4	Fachkommissionen	4
2.5	Datenannahmestelle der LAG Bayern	7
2.6	Auswertungsstelle der LAG Bayern	8
3	Qualitätssicherungsmaßnahmen in 2022.....	9
3.1	Allgemeiner Verfahrensablauf.....	9
3.2	Übersicht Stellungnahmeverfahren 2022 gemäß DeQS-Richtlinie.....	10
3.3	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)	12
3.4	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	16
3.5	Cholezystektomie (QS CHE)	16
3.6	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen inkl. Pankreastransplantationen, hier: Dialyse (QS NET, DIAL)	19
3.7	Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS).....	19
3.8	Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	21
3.9	Mammachirurgie (QS MC)	23
3.10	Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP).....	27
3.11	Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	30
3.12	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	32
3.13	Perinatalmedizin (QS PM).....	36
3.14	Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	40
3.15	Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	43
4	Landesverfahren Schlaganfall.....	47
4.1	Datengrundlage	47
4.2	Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land	47
4.3	Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren	48
4.4	Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien	50
4.5	Weiterführende Maßnahmen	50
5	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	51
5.1	Durchführung des klärenden Dialogs	51
5.2	NICU Datenvalidierung	51
6	Weitere Tätigkeiten der LAG Geschäftsstelle.....	53
6.1	Datenvalidierung	53
6.2	Öffentlichkeitsarbeit	53

6.3	Implementierung QS-Portal.....	55
6.4	Datenschutz.....	56
7	Haushalt 2022 gemäß Vorgaben gemäß Teil 1 § 22 Abs. 3 Satz 4 DeQS-RL.....	57
8	Impressum.....	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Organe und Gremien der LAG Bayern	3
Abbildung 2 Allgemeiner Verfahrensablauf – Schaubild.....	9

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht Fachkommissionen.....	5
Tabelle 2 Dateneingang der Datenannahmestelle.....	7
Tabelle 3 Verfahrensübergreifende Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022.....	11
Tabelle 4 Datengrundlage des AW-Jahres 2022 und Vorjahre im Verfahren QS PCI gemäß Angaben der Datenannahmestellen (LAG Bayern bzw. vormals BAQ, KVB) sowie des IQTIG	12
Tabelle 5 Ergebnisse QS PCI Land/Bund AW-Jahr 2022	12
Tabelle 6 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen des AW-Jahres 2022 für QS PCI	14
Tabelle 7 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Cholezystektomie Erfassungsjahre 2020 und 2021“ des IQTIG	16
Tabelle 8 Ergebnisse QS CHE Land/Bund AW-Jahr 2022.....	17
Tabelle 9 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS CHE	17
Tabelle 10 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Karotis-Revaskularisation Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG	19
Tabelle 11 Ergebnisse QS KAROTIS Land/Bund AW-Jahr 2022	19
Tabelle 12 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS KAROTIS.....	20
Tabelle 13 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht ambulant erworbene Pneumonie Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG	21
Tabelle 14 Ergebnisse QS CAP Land/Bund AW-Jahr 2022.....	21
Tabelle 15 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS CAP	22
Tabelle 16 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Mammachirurgie Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG	23
Tabelle 17 Ergebnisse QS MC Land/Bund AW-Jahr 2022.....	24
Tabelle 18 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS MC	25
Tabelle 19 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Gynäkologische Operationen Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG	27
Tabelle 20 Ergebnisse QS GYN-OP Land/Bund AW-Jahr 2022	27
Tabelle 21 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS GYN-OP.....	28
Tabelle 22 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Dekubitusprophylaxe Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG	30
Tabelle 23 Ergebnisse QS DEK Land/Bund AW-Jahr 2022.....	30
Tabelle 24 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen des AW-Jahres 2022 für QS DEK	30
Tabelle 25 Datengrundlagen gemäß der Länderberichte der Module im Verfahren QS HSMDEF zum AW-Jahr 2022 des IQTIG.....	32
Tabelle 26 Ergebnisse QS HSMDEF Land/Bund AW-Jahr 2022	33
Tabelle 27 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS HSMDEF.....	35
Tabelle 28 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Perinatalmedizin: Geburtshilfe Erfassungsjahr 2021“ und „Länderbericht Perinatalmedizin: Neonatologie Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG	36
Tabelle 29 Ergebnisse QS PM Land/Bund AW-Jahr 2022.....	37
Tabelle 30 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS PM	38
Tabelle 31 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung Erfassungsjahr 2021“ und „Hüftgelenkversorgung: Hüftendoprothesenversorgung Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG	40
Tabelle 32 Ergebnisse QS HGV Land/Bund AW-Jahr 2022	40
Tabelle 33 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS HGV	42
Tabelle 34 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Knieendoprothesenversorgung Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG	43
Tabelle 35 Ergebnisse QS KEP Land/Bund AW-Jahr 2022	44
Tabelle 36 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS KEP	45

Tabelle 37 Datengrundlage Landesverfahren Schlaganfall gemäß DAS LAG Bayern	47
Tabelle 38 Ergebnisse Landesverfahren Schlaganfall Land AW-Jahr 2022	47
Tabelle 39 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für das Landesverfahren Schlaganfall	49
Tabelle 40 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien Schlaganfall AW-Jahr 2022	50
Tabelle 41 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien AW-Jahr 2022	53
Tabelle 42 Ausgaben der LAG Bayern	57
Tabelle 43 Ausgaben für die Funktion der Datenannahmestelle bei der LAG (als „davon“ der Kosten für die LAG insgesamt gemäß Tabelle 42)	59
Tabelle 44 Begleitstatistik der LAG	60

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ADSR	Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register
AK	Auffälligkeitskriterium
ARGE	Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern
AW-Jahr	Auswertungsjahr
BAQ	Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung
BAS	Bundesauswertungsstelle
BKG	Bayerische Krankenhausgesellschaft
CAP	Community-acquired pneumonia (Ambulant erworbene Pneumonie)
CHE	Cholezystektomie
DAS	Datenannahmestelle
DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
DEK	Dekubitusprophylaxe
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EJ	Erfassungsjahr (der Datenerhebung)
FIT	Flying Intervention Team
FK	Fachkommission
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GYN-OP	Gynäkologische Operationen
HEP	Hüftgelenkendoprothese
HGV	Hüftgelenkversorgung
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren
HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation
HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
ICB	Intracerebrale Blutung
INEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation
KCHK	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen
KEP	Knieendoprothesenversorgung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KZVB	Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LAG Bayern	Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Bayern
LE	Leistungserbringer:in(nen)
LEAW	Leistungserbringerauswertung
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
MC	Mammachirurgie
MD	Medizinischer Dienst
min.	Minute(n)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NET	Nierenersatztherapie
NICU	Neonatal Intensive Care Unit (Neonatale Intensivstation)

NWIEA	QS WI – einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (ambulant)
NWIES	QS WI – einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (stationär)
NWIF	QS WI – fallbezogene QS-Dokumentation
O/E	Observed/Expected (Beobachtet/Erwartet) bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren
PatV	Patientenvertretung
PCI	Perkutane Koronarintervention
Plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
PM	Perinatalmedizin
PM GEBH	Geburtshilfe
PM NEO	Neonatologie
Qesü-RL	Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung
QFR-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
QI	Qualitätsindikator
QI ID	Qualitätsindikatorenidentifikationsnummer
QS	Qualitätssicherung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SAB	Subarachnoidalblutung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
STEMI	ST-Hebungsinfarkt
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
STNV	Stellungnahmeverfahren
TEMPIS	Telemedizinisches Schlaganfall Netzwerk Süd Ost Bayern
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TX	Transplantationsmedizin
UA	Unterausschuss
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WI	Wundinfektion

1 Hintergrund

Als Grundlage der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen gelten die Bestimmungen im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), insbesondere die in den §§ 136 ff. beschriebenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) regelte seit 2007 bis zu 15 Verfahren zum Vergleich, zur Bewertung und zur Kontrolle der Behandlungen, der Behandlungsergebnisse und der organisatorischen Abläufe für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Als zuständige Landesgeschäftsstelle wurde für die Umsetzung der QSKH-RL die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) mit der Umsetzung in Bayern beauftragt.

Parallel hierzu wurde mit der 2010 vom G-BA beschlossenen Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Qesü-RL) der Grundstein zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gelegt, die neben Krankenhäusern auch Leistungserbringer:innen (LE) der vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung einbeziehen kann. Hierfür wurde in Bayern 2017 eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) nach § 5 der Qesü-Richtlinie gebildet und eine Geschäftsstelle mit abgeordnetem Personal der Leistungserbringerorganisationen Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG), Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) eingesetzt.

Zum 01.01.2019 trat die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in Kraft und löste damit die Qesü-Richtlinie ab. Zum 01.01.2021 wurden auch die rein stationär geführten Qualitätssicherungs (QS) -Verfahren der QSKH-Richtlinie in die neue Richtlinie überführt und ließen damit die QSKH-Richtlinie außer Kraft treten. Eine Neustrukturierung der Landesgeschäftsstellen wurde somit erforderlich. Der Abschluss eines neuen Gesellschaftervertrags mit den Vertragspartner:innen BKG, KVB, KZVB sowie den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen erfolgte am 16.12.2021. Die neue Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Bayern (LAG Bayern) nahm in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) ihre Tätigkeit zum 01.01.2022 auf. Der (Teil-) Betriebsübergang der ehemaligen Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BAQ) mit all ihren bisherigen Aufgaben und Mitarbeiter:innen erfolgte am 01.04.2022.

Zum Berichtsjahr 2022 werden folgende QS-Verfahren unter der DeQS-Richtlinie geführt:

- Verfahren 1 – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)
- Verfahren 2 – Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
- Verfahren 3 – Cholezystektomie (QS CHE)
- Verfahren 4 – Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) inkl. Dialyse
- Verfahren 5 – Transplantationsmedizin (QS TX)
- Verfahren 6 – Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)
- Verfahren 7 – Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- Verfahren 8 – Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- Verfahren 9 – Mammachirurgie (QS MC)
- Verfahren 10 – Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)
- Verfahren 11 – Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- Verfahren 12 – Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)
- Verfahren 13 – Perinatalmedizin (QS PM)
- Verfahren 14 – Hüftgelenkversorgung (QS HGV)
- Verfahren 15 – Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Bei den QS-Verfahren zur Transplantationsmedizin und Herzchirurgie handelt es sich um bundesbezogene Verfahren. Hier übernimmt die LAG Bayern lediglich die Aufgabe der Datenannahmestelle für Krankenhäuser.

Die LAG Bayern übernimmt weitere, ihr zugeschriebene Aufgaben nach den Richtlinien des G-BA zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL), über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) sowie Aufgaben im Rahmen von landesspezifischen, verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V, für Bayern das Landesverfahren Schlaganfall.

2 Organe und Gremien der LAG Bayern

Im Folgenden werden die etablierten Organe und Gremien als Übersicht dargestellt:



*AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, BKK Landesverband Bayern, IKK classic, Knappschaft – Regionaldirektion München, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Verband der Ersatzkassen e. V.

Abbildung 1 Organe und Gremien der LAG Bayern

2.1 Gesellschafterversammlung

Die Gesellschafter beschließen in allen durch zwingendes Gesetzesrecht oder im Gesellschaftervertrag bestimmten Fällen. Der Vorsitz der Gesellschafterversammlung oblag im Geschäftsjahr 2022 der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse.

Die Gesellschafterversammlung tagte am 30.06.2022 und 27.10.2022. Es wurden zudem neun Beschlüsse im schriftlichen Umlaufverfahren getroffen.

2.2 Lenkungsgremium

Das Lenkungsgremium ist das Entscheidungsgremium gemäß § 5 Abs. 2 DeQS-Richtlinie und paritätisch mit insgesamt zwölf stimmberechtigten Mitgliedern besetzt. Sechs davon wurden von den Kassen benannt, sechs von den Leistungserbringerorganisationen. Somit stellen BKG, KVB und KZVB jeweils zwei stimmberechtigte Mitglieder. Der Vorsitz des Lenkungsgremiums oblag im Geschäftsjahr 2022 der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patient:innen und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen haben ein Mitberatungsrecht.

Das Lenkungsgremium tagte am 30.06.2022 und 27.10.2022. Es wurden weitere vier Beschlüsse im schriftlichen Umlaufverfahren getroffen.

2.3 Geschäftsstelle der LAG Bayern

Die Geschäftsstelle ist für die administrative Betreuung und technisch-organisatorische Durchführung der Aufgaben des Lenkungsgremiums zuständig.

Eine kommissarische Geschäftsführung wurde eingesetzt. Neben den Mitarbeitenden aus dem Betriebsübergang der BAQ wurde weiteres Personal eingestellt. Zum Ende des Geschäftsjahres 2022 waren neun Mitarbeitende in der Geschäftsstelle tätig. Darüber hinaus wurde eine Mitarbeiterin der KVB stundenweise in die Geschäftsstelle abgeordnet.

Im Geschäftsjahr 2022 lag der Schwerpunkt der Tätigkeiten in der

- administrativen Unterstützung der Gesellschafterversammlung und des Lenkungsgremiums in seiner Arbeit und bei der Umsetzung der Beschlüsse,
- Begleitung und administrative Durchführung des Betriebsübergangs der BAQ zur LAG Bayern GbR, u. a. Überprüfung aller bestehender Verträge und ggf. Abschluss neuer (Dienstleister-)Verträge,
- Aufbau der neuen Geschäftsstelle mit Etablierung von Finanz- und Lohnbuchhaltung sowie Steuer- und Rechtsberatung durch externe Dienstleister,
- Aufbau und Betreuung der größtenteils neu berufenen Fachkommissionen,
- Aufbereitung der Jahresauswertungen, Ergebnisse und Stellungnahmen der LE zur Klärung berechneter Abweichungen bei den Ergebnissen von Qualitätsindikatoren (QI) mit den Fachkommissionen,
- Erstellung und fristgerechte Übermittlung des Qualitätssicherungsergebnisberichts (QSEB) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG),
- Erstellung von Evaluationsberichten zu den einzelnen QS-Verfahren für das IQTIG,
- Haushaltsführung nach den Vorgaben einer ordentlichen Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung, unter Beauftragung eines externen Dienstleisters,
- Öffentlichkeitsarbeit wie z. B. Erstellung einer neuen Website, Informationsschreiben u.v.m.,
- Erstellung eines jährlichen Geschäftsberichts sowie
- in der Teilnahme an Informationsveranstaltungen und Sitzungen zum Austausch mit den Institutionen auf Bundesebene (IQTIG, G-BA) sowie anderen LAGen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Datenschutzrechtliche Auflagen auch gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurden gemeinsam mit einer extern benannten Datenschutzbeauftragten umgesetzt und werden, wie auch weitere Aufgaben der Geschäftsstelle, ausführlich in Kapitel 6 ausgeführt.

Information und Beratung der LE erfolgen durch die Geschäftsstelle einerseits für Krankenhäuser und andererseits für Vertragsärzte, sofern diese direkt die LAG Bayern kontaktieren. Ansonsten ist für die Information, Beratung, administrative Durchführung des Stellungnahmeverfahrens (STNV) sowie Korrespondenz mit den niedergelassenen LE die KVB verantwortlich.

2.4 Fachkommissionen

Die fachlich-inhaltliche Durchführung der Aufgaben der LAG übernehmen anlassbezogene Fachkommissionen. Dazu zählen:

- die fachliche Bewertung der Auswertungen und Ergebnisse der einzelnen LE (ohne Kenntnis deren Identität),
- die Empfehlung zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens sowie dessen Zeitraum, Art und Weise,
- die Bewertung der Stellungnahmen und Empfehlung zur Beendigung des Stellungnahmeverfahrens sowie ggf. zur Einleitung und Durchführung weiterer Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Für das Stellungnahmeverfahren 2022 waren folgende Fachkommissionen tätig:

Tabelle 1 Übersicht Fachkommissionen

	Sitzungstermine	Inhalt der Sitzung	Sitzungsdauer in Minuten
Verfahren 1 – QS PCI	11.01.2022	Durchführung Kollegialgespräch ¹	60
	11.05.2022	Durchführung erweitertes Kollegialgespräch vor Ort beim LE ¹	120
	13.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	150
	19.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen in drei Gruppen	180
Verfahren 2 – QS WI	27.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	165
	12.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen	150
	14.12.2022	Bewertung von Stellungnahmen	120
	[20.12.2022 bis 16.01.2023]	Bewertung von Stellungnahmen im schriftlichen Umlaufverfahren	--
Verfahren 3 – QS CHE	11.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	90
	17.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen	180
	07.11.2022	Bewertung von Stellungnahmen	180
Verfahren 4 – QS NET	07.12.2022	Vorstellung und Diskussion der Jahresauswertungen	110
Verfahren 7 – QS KAROTIS	14.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	90
	04.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen	105
	28.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen	45
Verfahren 8 – QS CAP	20.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	160
	07.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	240
	08.11.2022	Durchführung von zwei Kollegialgesprächen	120
Verfahren 9 – QS MC	11.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	120
	17.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	120
	15.11.2022	Zusätzliche Nachbesprechung zur Bewertung von Stellungnahmen	60
	28.03.2023	Durchführung von zwei Kollegialgesprächen	120

¹ Basierend auf dem Stellungnahmeverfahren 2021

	Sitzungstermine	Inhalt der Sitzung	Sitzungsdauer in Minuten
Verfahren 10 – QS GYN- OP	21.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	100
	20.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen in erster Gruppen	120
	24.11.2022	Bewertung von Stellungnahmen in zweiter Gruppen	120
Verfahren 11 – QS DEK	14.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	120
	04.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen Gruppe 1	150
	18.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen Gruppe 2	120
Verfahren 12 – QS HSMDEF	18.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	120
	06.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	240
	09.02.2023	Durchführung Kollegialgespräch mit einem LE	90
Verfahren 13 – QS PM-GEBH	25.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	110
	10.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen	120
	05.12.2022	Zusätzliche Nachbesprechung zur Bewertung von Stellungnahmen	110
	20.04.2023	Durchführung von vier Kollegialgesprächen	300
Verfahren 13 – QS PM-NEO	25.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	110
	10.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen	120
Verfahren 14 – QS HGV	19.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	180
	13.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen	270
	10.11.2022	Bewertung von Stellungnahmen	80
	07.03.2023	Kollegialgespräch	90
Verfahren 15 – QS KEP	26.07.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	135
	11.10.2022	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	180
	[15.11.2022 – 17.01.2023]	Bewertung im schriftlichen Umlaufverfahren	--
Landesverfahren - Schlaganfall	05.04.2022	Workshop Blutungsindikatoren	90
	03.05.2022	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	150
	06.07.2022	Bewertung von Stellungnahmen	180
Σ 15 Fachkommissionen	Σ 45 Sitzungen		Σ 6.090

Über die Ergebnisse aus den Fachkommissionssitzungen wird in den jeweils folgenden Sitzungen des Lenkungsgremiums sowie mittels der Protokolle berichtet.

Zusammenfassungen des Stellungnahmeverfahrens je QS-Verfahren finden sich in Kapitel 3.

2.5 Datenannahmestelle der LAG Bayern

Die Datenübermittlung für die in der DeQS-Richtlinie definierten QS-Verfahren erfolgt an die für die LE zuständigen Datenannahmestellen. Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Vertragsärzt:innen ist die KVB. Die LAG Bayern hat die Aufgaben als Datenannahmestelle für die ca. 400 Krankenhäuser übernommen. Dies umfasst insgesamt 15 bundesweit verpflichtende QS-Verfahren mit insgesamt 28 Leistungsbereichen, der Erstellung der Soll- und Risikostatistiken sowie dem landesweit verpflichtenden QS-Verfahren Schlaganfall. Zu den Aufgaben der Datenannahmestelle zählen:

- Annahme der von den LE übermittelten Daten
- Annahme der Aufstellungen zur Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) und der zugehörigen Konformitätserklärungen
- Prüfung der übermittelten Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit
- Support der LE im Hinblick auf die Datenerhebung und –übermittlung
- Pseudonymisierung der LE identifizierenden Daten durch ein je QS-Verfahren spezifisches Pseudonym
- Weiterleitung der Daten an die in der Datenannahme beteiligten Verfahrensteilnehmenden (Versendestelle, Vertrauensstelle bzw. Bundesebene),
- Erstellung einer Bescheinigung über die vollständig dokumentierten Datensätze (Ist) und die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll)
- Weiterleitung der von der Bundesauswertungsstelle erstellten Rückmeldeberichte an die LE
- Unterstützung der LAG Bayern Geschäftsstelle bzw. der Bundesstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 bzw. § 10 DeQS-Richtlinie
- Identifizierung der LE, soweit dies zur Durchführung der Maßnahmen nach § 17 DeQS-Richtlinie erforderlich ist
- Umsetzung der Aufgaben, die sich aus den Regelungen zum Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V ergeben

Tabelle 2 Dateneingang der Datenannahmestelle

Datengrundlage	Dateneinsendungen der LE (Transaktion)	Datensätze gesamt (Fälle)
Erhebungsbögen QS-Verfahren gem. DeQS-RL	26.349	578.770
Sollstatistiken	936	-
Risikostatistiken	565	-
Erhebungsbogen Schlaganfall (Bayern)	1.864	54.752
Gesamt	29.714	633.522

2.6 Auswertungsstelle der LAG Bayern

Die Auswertungsstelle der LAG Bayern ist für Sonderauswertungen, Datenvisualisierung und Automatisierung von Abläufen zuständig. Im Geschäftsjahr 2022 lag der Schwerpunkt der Tätigkeiten in der:

- Erstellung von Übersichten und Grafiken von länderbezogenen Ergebnissen für die Fachkommissionen,
- automatisierten Erstellung von PDF Dokumenten, die als Grundlage für die Bewertung des STNV durch die Fachkommissionen dienen,
- automatisiertes Einlesen der Bewertungen des STNV,
- Erstellung von Sonderauswertungen zur Unterstützung des STNV und auf Anfrage durch LE,
- Plausibilitätsprüfung der durch das IQTIG übermittelten Datensätze.

Die LAG Bayern hat keine direkte Einsicht in die Rohdaten der Qualitätssicherung. Stattdessen muss als Schnittstelle die sogenannte mandantenfähige Datenbank des IQTIG genutzt werden. Die mandantenfähige Datenbank steht seit Sommer 2022 in einer ersten Version zur Verfügung und enthält Informationen zu den jeweiligen QI der LE auf Basis von Pseudonymen, die von registrierten Nutzern der LAGen zur Unterstützung des STNV und zur unterjährigen Unterstützung der LE abgerufen werden können.

Ein maschinelles bzw. automatisiertes Arbeiten ist mit diesen Daten nicht möglich. Des Weiteren fehlen bei einigen Indikatoren relevante Informationen und es bestehen noch einige Darstellungsfehler. Aus diesen Gründen ist die Erstellung von Sonderauswertungen zur Unterstützung der LE als auch der Fachkommissionen deutlich erschwert, sogar vereinzelt unmöglich, und nimmt viel Zeit von Seiten der Auswertungsstelle in Anspruch.

3 Qualitätssicherungsmaßnahmen in 2022

3.1 Allgemeiner Verfahrensablauf

Abbildung 2 zeigt den allgemeinen Verfahrensablauf und die notwendigen Datenflüsse in der datengestützten einrichtungsübergreifenden QS.

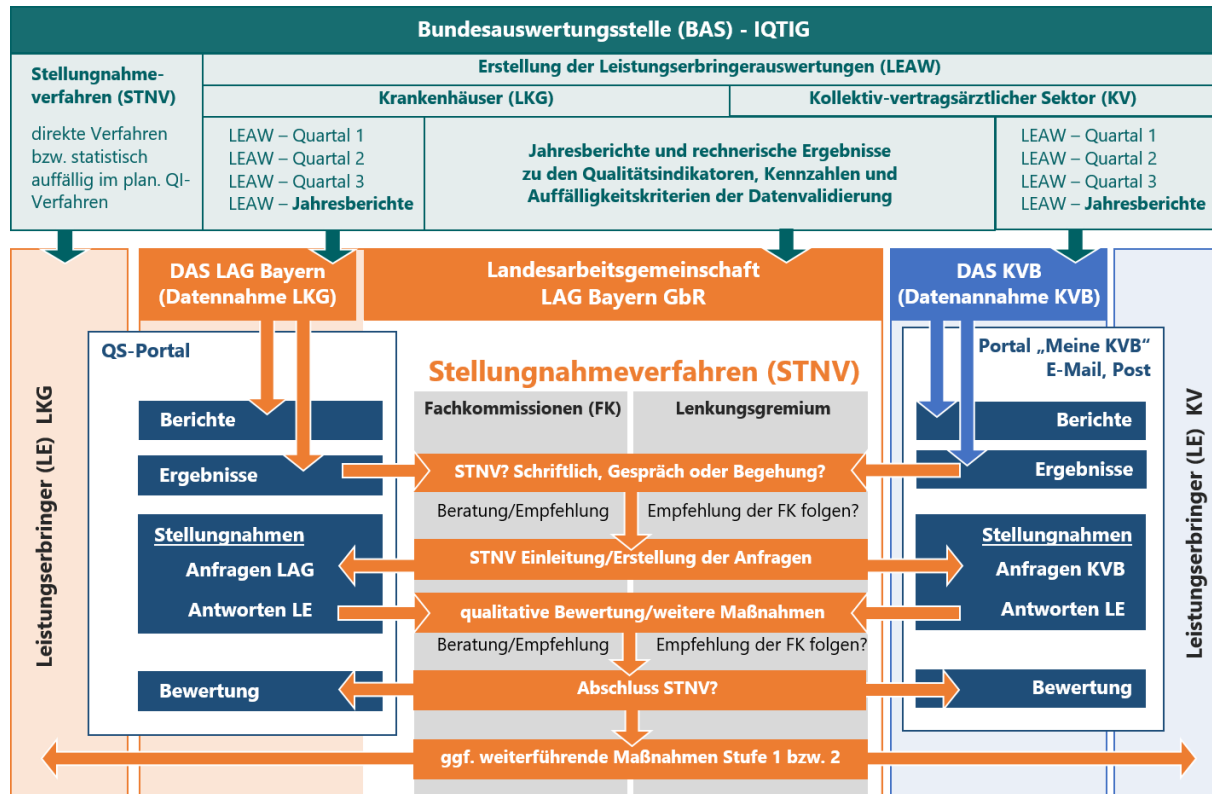


Abbildung 2 Allgemeiner Verfahrensablauf – Schaubild

Die LE liefern unterjährig ihre Daten(sätze) an die jeweils zuständige Datenannahmestelle. Während bei der LAG Bayern die eingegliederte Datenannahmestelle für die Krankenhäuser zuständig ist, übernimmt die KVB diese Aufgabe für den kollektiv-vertragsärztlichen Sektor. Die angenommenen Daten werden nach formaler Prüfung an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle übermittelt. Auf Basis dieser Daten erstellt das IQTIG Leistungserbringerauswertungen (LEAW), u. a. Quartalsberichte, die wiederum über die Datenannahmestellen den LE zur Verfügung gestellt werden. Die Datenannahmestelle der LAG Bayern nutzt dazu das QS-Portal, aus dem sich die stationären LE ihre Berichte herunterladen können. Die Jahresberichte werden zudem der LAG Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt, da sie die Grundlage für das Stellungnahmeverfahren darstellen.

Für das Stellungnahmeverfahren zu den in der DeQS-Richtlinie geregelten länderbezogenen Verfahren und für die rein rechnerisch auffälligen Ergebnisse zu den in der plan. QI-Richtlinie definierten QI ist die LAG Bayern zuständig. In regelmäßigen Sitzungen werden den verfahrensspezifischen Fachkommissionen die rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Zeitverlauf unter Berücksichtigung der Stellungnahmeverfahren der Vorjahre präsentiert. Anhand dieser Informationen beraten die Fachkommissionen, zu welchen Ergebnissen die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens empfohlen wird und in welcher Form – als schriftliches Verfahren, als Gespräch oder in Form einer Begehung.

Die Empfehlungen werden anschließend dem Lenkungsgremium vorgelegt. Folgt das Lenkungsgremium der Empfehlung der Fachkommission, wird das Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Für den Regelfall des (zunächst) schriftlichen Stellungnahmeverfahrens erhalten die LE eine Anfrage mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme zu den jeweils auffälligen QI-Ergebnissen. Für Kliniken übernimmt die LAG Geschäftsstelle die Anforderung von Stellungnahmen, überwacht deren Rücklauf, sichtet die Stellungnahmen hinsichtlich qualitativer und datenschutzrechtlicher Anforderungen und stellt bei Bedarf Rückfragen an die LE mittels des neu implementierten QS-Portals. Für kollektiv-vertragsärztliche LE wird die administrative Durchführung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens durch die KVB sichergestellt und die Stellungnahmen in pseudonymisierter Form an die LAG Geschäftsstelle weitergegeben. Die eingereichten und von der LAG Geschäftsstelle aufbereiteten Stellungnahmen der LE werden von den Fachkommissionen gesichtet und anschließend qualitativ bewertet.

Falls notwendig können die Fachkommissionen weitere Maßnahmen zur Qualitätsförderung empfehlen, die sich in zwei Eskalationsstufen einteilen lassen. Zu der Maßnahmenstufe 1 gehören z. B. die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien, die Teilnahme an Qualitätszirkeln, die Implementierung von Behandlungspfaden, die Durchführung von Audits oder Peer Reviews und die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien oder andere qualitätsfördernde Maßnahmen nach Empfehlung der Fachkommission. Häufig werden diese im Rahmen von Kollegialgesprächen oder Begehungen gemeinsam mit dem LE erarbeitet. Sollten diese Maßnahmen nicht greifen, können Maßnahmen der Stufe 2 empfohlen werden. Darunter fallen die Korrektur der Vereinbarung gemäß Maßnahmenstufe 1 oder die Information der für Vergütungsabschlüsse oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen mit entsprechenden Empfehlungen.

Folgt das Lenkungsgremium wiederum der Empfehlung der Fachkommission, erfolgt der Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. Den LE werden die Bewertungen sowie ggf. die Beschlüsse zur Durchführung weiterführender Maßnahmen mitgeteilt. Die Korrespondenz zwischen der LAG Bayern und den Krankenhäusern erfolgt während des Stellungnahmeverfahrens so lange wie möglich in pseudonymisierter Form über das QS-Portal (weitere Informationen zur Implementierung und Funktionalität des QS-Portals unter Kapitel 6.3 Implementierung QS-Portal). Die Korrespondenz zwischen KVB und kollektiv-vertragsärztlichen LE findet über eigene Portal- und E-Mail-Lösungen statt.

3.2 Übersicht Stellungnahmeverfahren 2022 gemäß DeQS-Richtlinie

Im Auswertungsjahr (AW-Jahr) 2022 fielen 14 QS-Verfahren in den Aufgabenbereich der LAG Bayern. Dazu zählen das Landesverfahren Schlaganfall (vgl. Kapitel 4) sowie 13 landesbezogenen Verfahren gemäß DeQS-Richtlinie. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde in diesen 13 DeQS-Verfahren zu insgesamt 1.190 Fällen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Etwas mehr als die Hälfte aller Stellungnahmen (N=605) wurden von den Fachkommissionen als qualitativ unauffällig bewertet. In rund 21 % der Fälle (N=250) erfolgte die Bewertung als qualitativ auffällig. Weitere 28 % der Stellungnahmen wurden über die Kategorie Sonstiges als Dokumentationsfehler oder mit einer anderen sonstigen Bewertung eingestuft.

Weiterführende Maßnahmen erachteten die Fachkommissionen in insgesamt 39 Fällen als notwendig. Die Maßnahmen umfassten neben Kollegialgesprächen und Zielvereinbarungen zur Implementierung von Behandlungspfaden auch Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität. Details hierzu können den anschließenden Zusammenfassungen der einzelnen QS-Verfahren entnommen werden.

Tabelle 3 Verfahrenübergreifende Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022

QS-Verfahren	STNV eingeleitet	Bewertung			Anzahl weiterführende Maßnahmen
		Qualitativ unauffällig	Qualitativ auffällig	Sonstiges	
QS PCI	146	58	25	63	5
QS WI	81	45	24	12	0
QS CHE	71	33	7	31	0
QS NET	--	--	--	--	--
QS KAROTIS	20	10	2	8	0
QS CAP	179	60	53	66	4
QS MC	45	21	12	12	7
QS GYN-OP	100	69	13	18	8
QS DEK	73	27	19	27	3
QS HSMDEF	150	86	38	26	1
QS PM	82	63	16	3	9
QS HGV	124	68	24	32	1
QS KEP	119	65	17	37	1
Gesamt	1.190	605	250	335	39

Im Folgenden wird für jedes landesbezogene Verfahren der DeQS-Richtlinie zusammenfassend von der Arbeit mit den jeweiligen Fachkommissionen im AW-Jahr 2022 berichtet.

Risikoadjustierte QI werden in den folgenden Darstellungen bzw. Tabellen kenntlich gemacht durch die Angabe „risikoadjustiert“ bzw. die zugehörige Einheit „O/E“. Bei risikoadjustieren QI wird anstelle eines prozentualen Ergebnisses der Quotient O/E zwischen beobachteten Ereignissen (observed = O) und den anhand der Risikoadjustierung errechneten erwarteten Ereignissen (expected = E) verwendet. Werte kleiner eins bedeuten, dass es weniger beobachtete Ereignisse gibt, als erwartet wurden und umgekehrt. Beispiele:

- Ein O/E von 1,2 bedeutet, es sind 20 % mehr Ereignisse beobachtet worden als erwartet.
- Ein O/E von 0,9 bedeutet, es sind 10 % weniger Ereignisse beobachtet worden als erwartet.

3.3 Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)

3.3.1 Datengrundlage

Die Vollständigkeit der eingegangenen Datensätze ist für Bayern im AW-Jahr 2022 (bezieht sich auf die Erfassungsjahre (EJ) 2020 und 2019 für sozialdatenbasierte QI) mit 100,3 % insgesamt zufriedenstellend hoch. Betrachtet man die Dokumentationsraten getrennt nach Krankenhäusern und vertragsärztlichen LE, zeigt sich weiterhin eine leichte Underdokumentation im vertragsärztlichen Bereich (95 %) bei deutlicher Besserungstendenz über die vergangenen Jahre. Die KVB ist weiterhin unterstützend tätig zur stetigen Verbesserung der Dokumentationsrate von Vertragsärzt:innen.

Tabelle 4 Datengrundlage des AW-Jahres 2022 und Vorjahre im Verfahren QS PCI gemäß Angaben der Datenannahmestellen (LAG Bayern bzw. vormals BAQ, KVB) sowie des IQTIG

	AW-Jahr	Datensätze IST	Datensätze SOLL	Vollständigkeit in %
Bayern gesamt	2022	110.039	109.720	100,3
	2021	106.823	106.555	100,3
	2020	120.280	120.746	99,6
Krankenhäuser	2022	96.025	95.015	101,1
	2021	94.015	92.884	101,2
	2020	107.256	106.307	100,9
Vertragsärzt:innen	2023	14.001	14.705	95,0
	2021	12.770	13.671	93,4
	2020	13.024	14.439	90,2

3.3.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Im Allgemeinen entwickelten sich die QI-Ergebnisse im Verfahren QS PCI bayernweit stabil und die Bayern-Ergebnisse liegen weitestgehend nahe beim Bundesdurchschnitt. Eine Ausnahme bilden hierbei die QI zur Kontrastmittelmenge (56009, 56010, 56011) mit tendenziell etwas schlechteren Ergebnissen in Bayern als im gesamten Bundesschnitt. Die Ursachen hierfür werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens analysiert.

Tabelle 5 Ergebnisse QS PCI Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven isolierten Koronarangiographie	≥ 36,30 % (5. Perzentil)	64,00 % N = 31.898	61,88 % N = 224.086
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	≤ 44,87 % (95. Perzentil)	30,53 % N = 29.121	29,94 % N = 195.276
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 63,22 % (5. Perzentil)	72,56 % N = 4.935	74,55 % N = 34.214
56004	Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt	≤ 8,78 % (95. Perzentil)	3,54 % N = 5.116	3,21 % N = 35.350

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ² (risikoadjustiert)	≤ 1,60 O/E (95. Perzentil)	0,84 O/E N = 68.808	0,90 O/E N = 463.398
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ² (risikoadjustiert)	≤ 1,14 O/E (95. Perzentil)	0,77 O/E N = 3.007	0,93 O/E N = 24.288
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ² (risikoadjustiert)	≤ 1,54 O/E (95. Perzentil)	0,85 O/E N = 43.236	0,92 O/E N = 279.702
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	≤ 0,25 % (90. Perzentil)	0,26 % N = 115.359	0,24 % N = 769.368
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	≤ 7,60 % (95. Perzentil)	5,36 % N = 68.969	4,76 % N = 464.601
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	≤ 24,94 % (95. Perzentil)	21,78 % N = 3.017	18,19 % N = 24.364
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	≤ 19,27 % (95. Perzentil)	13,09 % N = 43.373	11,14 % N = 280.403
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 93,26 % (5. Perzentil)	93,14 % N = 5.860	93,25 % N = 40.099
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	≥ 93,53 % (5. Perzentil)	95,34 % N = 40.530	95,07 % N = 264.668
56012*	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	≤ 0,54 % (95. Perzentil)	0,48 % N = 110.527	0,48 % N = 739.257
56018*	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (risikoadjustiert)	≤ 1,05 O/E (95. Perzentil)	0,91 O/E N = 62.362	1,05 O/E N = 425.009
56020*	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patient(inn)en mit PCI (risikoadjustiert)	≤ 1,22 O/E (95. Perzentil)	0,92 O/E N = 38.870	1,03 O/E N = 252.571
56022*	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patient(inn)en mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (risikoadjustiert)	≤ 1,11 O/E (95. Perzentil)	1,02 O/E N = 6.427	1,09 O/E N = 44.148
56024*	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) (risikoadjustiert)	≤ 1,09 O/E (95. Perzentil)	0,96 O/E N = 36.180	1,09 O/E N = 236.833
56026*	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag) (risikoadjustiert)	≤ 1,15 O/E (95. Perzentil)	1,04 O/E N = 35.588	1,09 O/E N = 232.541

* sozialdatenbasierte QI

3.3.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Insgesamt ergeben sich im AW-Jahr 2022 für das Verfahren QS PCI 151 rechnerische Auffälligkeiten. Grundsätzlich soll zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden. Ausnahme bildet hierbei der QI 56026 „1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. Postprozeduraler Tag)“, da hier gemäß DeQS-Richtlinie (Teil 2, Verfahren 1, § 12, Abs. 1) aufgrund der eingeschränkten Zuschreibbarkeit kein Stellungnahmeverfahren umsetzbar ist. Für diesen QI findet daher auch

im AW-Jahr 2022 kein Stellungnahmeverfahren statt. Ein schriftliches Stellungnahmeverfahren wurde somit für 146 rechnerisch auffällige Ergebnisse eingeleitet.

Die angeforderten Stellungnahmen verteilen sich auf 119 Auffälligkeiten im stationären Bereich und 27 Auffälligkeiten aus der vertragsärztlichen Versorgung.

Tabelle 6 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen des AW-Jahres 2022 für QS PCI

Stellungnahmeverfahren QS PCI AW-Jahr 2022	Ambulant	Stationär	Gesamt
Stellungnahmen angefordert	27	119	146
Qualitativ unauffällig			58
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	1	42	43
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	0	12	12
Sonstiges	3	0	3
Qualitativ auffällig			25
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	2	14	16
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	3	3	6
Sonstiges	3	0	3
Sonstiges			63
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	7	29	36
Sonstiges	8	19	27
STNV noch nicht abgeschlossen			0

Insgesamt erachtete die Fachkommission etwa 40 % der Stellungnahmen (n=58) als qualitativ unauffällig. Zumeist lag hier eine besondere klinische Situation vor. So wurden sehr häufig komplexe Eingriffe, gelegentlich auch in Kombination mit der Einarbeitung neuer Kolleg:innen, benannt und von der Fachkommission entsprechend anerkannt. Dies betrifft insbesondere die Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt sowie zum Kontrastmittelverbrauch. Zudem handelte es sich in einigen Fällen um nachvollziehbare Einzelfälle und/oder Verbringungsleistungen. In zwölf Fällen ergab sich eine Mischung aus Dokumentationsfehlern in unbedenklichem Ausmaß und plausibel dargestellten Einzelfällen, was zur Bewertung als qualitativ unauffällig führte.

Etwa 17 % (n=25) der eingegangenen Stellungnahmen sind nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten, was exakt dem Vorjahresniveau entspricht. In 16 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aus den folgenden Gründen gesehen:

- Hinweise auf zu weite Indikationsstellung zur isolierten Koronarangiographie
- Door-to-balloon-Zeit bei ST-Hebungsinfarkt (STEMI):
 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel bei der Versorgung von STEMI-Patient:innen bei LE, die keinem Herzinfarktnetzwerk angehören
 - Defizite in der schnellen Erkennung von STEMIs und adäquaten Einschätzung von EKG-Befunden
- Dosis-Flächen-Produkt:
 - Veraltete/ungeeignete Angiographieanlage
 - Ausbildung/Einarbeitung als alleinige Begründung für erhöhte Dosis-Flächen-Produkte sind aus Sicht der Fachkommission nicht nachvollziehbar
- Erkennbares Verbesserungspotenzial hinsichtlich der applizierten Kontrastmittelmenge

In sechs Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte. In der überwiegenden Zahl konnte die Fachkommission anhand der Stellungnahme die zu Grunde liegenden Fälle nicht ausreichend nachvollziehen. In einem dieser Fälle ging trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerung bis zum Ende des Stellungnahmeverfahrens keine Stellungnahme ein.

In knapp 25 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n=36) lagen Dokumentationsfehler vor. So wurde beispielsweise die Erreichung des Interventionsziels bei PCI nicht korrekt dokumentiert oder es ergaben sich Ungenauigkeiten in der Dokumentation des Dosis-Flächen-Produkts, teilweise bedingt durch Schnittstellenprobleme. Auch die führende Indikation bzw. Diagnose vor und nach diagnostischem Herzkatheter wurden gelegentlich fehldokumentiert. Mit fünf LE wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.3.4 Weiterführende Maßnahmen).

Der relativ hohe Anteil von Bewertungen als weder qualitativ auffällig, noch unauffällig mit „Sonstiges“ (n=27/18,5 %) erklärt sich durch die sozialdatenbasierten QI. Für sozialdatenbasierte QI konnten im AW-Jahr 2022 durch das IQTIG keine einrichtungsübergreifenden Follow-up-Datensätze als Information zu den auffälligen Vorgängen bereitgestellt werden, weder in den LE-Jahresauswertungen noch in der mandantenfähigen Datenbank für die LAGen. Am 27.09.2022 erhielt die LAG Geschäftsstelle eine Mitteilung des IQTIG, dass für diese Indikatoren im Verfahren QS PCI von einer eingeschränkten Bewertbarkeit ausgegangen werden muss und ein Stellungnahmeverfahren nicht sinnvoll durchzuführen ist. Betroffen sind die QI 56012, 56018, 56020, 56022, 56024 und 56026. Da zum Zeitpunkt der Mitteilung die Stellungnahmen der LE bereits vorlagen, wurde das weitere Vorgehen mit der Fachkommission abgestimmt. Auf Empfehlung der Fachkommission erfolgt eine einheitliche Bewertung der sozialdatenbasierten QI mit S99 und einem entsprechenden Kommentar. In einigen Ausnahmefällen (insgesamt vier Stellungnahmen) konnten trotz fehlender Follow-up-Datensätze alle auffälligen Vorgänge vom LE nachvollzogen und plausibel dargelegt werden. In diesen Fällen empfiehlt die Fachkommission eine Bewertung als qualitativ unauffällig.

Der Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurde für 146 rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse beschlossen.

3.3.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Für fünf LE mit wiederholten Dokumentationsfehlern (zweimal Bewertung mit D80 bzw. D50 in Folge) erfolgte der Abschluss einer Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität als Maßnahme der Stufe 1. Im Rahmen der Zielvereinbarung wird der LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2022 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

3.4 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Das Verfahren QS WI umfasst zwei Bereiche. Der erste Bereich stellt die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (NWIEA, NWIES) dar, deren zugrundeliegenden Daten jährlich aus der einrichtungsbezogenen Dokumentation erhoben werden. Der zweite Bereich, die Indikatoren zu Wundinfektionsraten (NWIF), wird aus der fallbezogenen Dokumentation der Krankenhäuser in Zusammenschau mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben.

Aktuell befindet sich das gesamte Verfahren QS WI in einer Erprobungsphase. Der Erprobungszeitraum von fünf Jahren wurde um ein Jahr bis einschließlich 2023 wegen Aussetzung des Verfahrens im EJ 2020 verlängert.

Während der Erprobung erfolgen keine Sanktionen und keine Veröffentlichung von Ergebnissen. Daher wird an dieser Stelle von einer Darstellung der Ergebnisse sowie weiteren Berichterstattung abgesehen.

3.5 Cholezystektomie (QS CHE)

3.5.1 Datengrundlage

Im Verfahren QS CHE beziehen sich die Ergebnisse eines AW-Jahres jeweils auf zwei EJ, was an den unterschiedlich langen Follow-up-Zeiträumen der QI liegt. Die Vollständigkeit der eingegangenen Datensätze im QS CHE ist für Bayern im AW-Jahr 2022 mit 100,26 % für Daten aus dem EJ 2021 und mit 100,79 % für Daten aus dem EJ 2020 sehr zufriedenstellend. Es liegt eine leichte Überdokumentation vor, die sich unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklären lässt.

Tabelle 7 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Cholezystektomie Erfassungsjahre 2020 und 2021“ des IQTIG

	AW-Jahr	EJ	Datensätze IST	Datensätze SOLL	Vollständigkeit in %
Bayern gesamt	2022	2021	20.812	20.758	100,26
		2020	21.133	20.967	100,79
Bund gesamt	2022	2021	149.788	149.417	100,25
		2020	149.400	149.556	99,90

Zur Berechnung aller QI im Verfahren QS CHE werden Sozialdaten herangezogen, die von den gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellt werden. Die Verknüpfungsrates der Datensätze aus den Kliniken mit den Sozialdaten war mit 99,75 % für das EJ 2021 und mit 99,63 % für das EJ 2020 im Vergleich zu anderen QS-Verfahren mit Sozialdaten sehr zufriedenstellend.

3.5.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 8 Ergebnisse QS CHE Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
Indikatoren, die auf dem EJ 2021 basieren				
58000	Operationsbedingte Gallenwegs- Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,98 % (95. Perzentil)	0,95 % N = 20.756	0,88 % N = 149.150
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,33 % (95. Perzentil)	1,38 % N = 20.756	1,16 % N = 149.150
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 4,34 % (95. Perzentil)	1,46 % N = 20.756	1,31 % N = 149.150
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 7,12 % (95. Perzentil)	2,65 % N = 20.756	2,64 % N = 149.150
Indikatoren, die auf dem EJ 2020 basieren				
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 10,34 % (95. Perzentil)	4,10 % N = 21.049	4,18 % N = 148.420
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 6,71 % (95. Perzentil)	2,91 % N = 21.049	2,85 % N = 148.420
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 5,31 % (95. Perzentil)	2,17 % N = 21.049	2,07 % N = 148.420

Das Verfahren QS CHE umfasst sieben QI. Davon werden vier QI (QI ID 58000, 58002, 58003, 58004) mit einem Follow-up-Intervall von bis zu 30 Tagen im ersten Jahr nach dem Indexeingriff ausgewertet. Für das AW-Jahr 2022 beziehen sie sich daher auf das EJ 2021. Die übrigen drei QI (QI ID 58001, 58005, 58006) mit Follow-up-Intervallen von 90 bis 365 Tagen werden erst im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff ausgewertet, daher beziehen sich die hier berichteten Ergebnisse dieser QI auf das EJ 2020. Die Bayern-Ergebnisse bewegen sich bei allen QI auf einem vergleichbaren Niveau wie die bundesweiten Ergebnisse. In keinem QI sind nennenswerten Differenzen zu verzeichnen und alle Werte liegen innerhalb des Referenzbereichs.

3.5.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Tabelle 9 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS CHE

Stellungnahmeverfahren QS CHE AW-Jahr 2022	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	71
Qualitativ unauffällig	33
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	17
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	9
Sonstiges	7
Qualitativ auffällig	7
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	0
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	6
Sonstiges	1

Stellungnahmeverfahren QS CHE AW-Jahr 2022	Anzahl
Sonstiges	31
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	3
Sonstiges	28
STNV noch nicht abgeschlossen	0

Insgesamt bewertete die Fachkommission 46 % (n=33) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Vor allem nachvollziehbar begründete Einzelfälle führten zu dieser Einschätzung (n=17). In einigen weiteren Fällen (n=9) basierte die qualitativ unauffällige Bewertung einerseits auf Dokumentationsfehlern in unbedenklichem Ausmaß und andererseits auf plausibel dargestellten Einzelfällen. In sieben Fällen konnte anhand der Stellungnahme zwar nicht die gesamte Patientenkarriere nachvollzogen werden, jedoch waren die übrigen geschilderten Fälle klar unauffällig, weshalb die Fachkommission die Stellungnahme als qualitativ unauffällig einstuft.

Etwa 10 % (n=7) der eingegangenen Stellungnahmen sind nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten. In sechs Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte. Dazu zählen die vier LE, die trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerung bis zum Ende des Stellungnahmeverfahrens keine Stellungnahme eingereicht haben. In einem Fall konnte vom LE zwar nicht die gesamte Patientenkarriere nachvollzogen werden, dennoch erschien die frühzeitige Entlassung der Fachkommission qualitativ auffällig.

In 44 % (n=31) der Fälle wurden die Auffälligkeiten als Dokumentationsfehler (n=3) oder „Sonstiges“ (n=28) bewertet. Die hohe Anzahl von Bewertungen als „Sonstiges“ erklärt sich mit den sozialdatenbasierten QI. Im AW-Jahr 2022 konnten weder den betroffenen LE in deren Auswertungen noch den LAGen in der mandantenfähigen Datenbank einrichtungsübergreifende Follow-up-Datensätze als Information zu den auffälligen Vorgängen für sozialdatenbasierte QI durch das IQTIG zur Verfügung gestellt werden. Dadurch bestanden kaum Rückschlussmöglichkeiten auf Eingriffe bzw. Komplikationen, die außerhalb der Institution des Primäreingriffs stattgefunden haben. Bezugnehmend auf diese Problematik informierte das IQTIG in einem Schreiben vom 25.08.2022, als das Stellungnahmeverfahren bereits initiiert wurde, dass aufgrund dessen von einer eingeschränkten Bewertbarkeit ausgegangen werden muss. Das IQTIG regte daher an, für alle rechnerischen Auffälligkeiten einheitlich die Bewertung „Sonstiges“ zu vergeben. Die Fachkommission folgte dieser Empfehlung teilweise, bewertete die Stellungnahmen jedoch, sofern möglich, individuell. Konnten Komplikationen oder Reinterventionen vom LE nachvollzogen und in der Stellungnahme erklärt werden, wurde je nach Stellungnahme eine qualitativ auffällige oder unauffällige Bewertung vergeben. In 28 Fällen wiederum war keine Nachvollziehbarkeit gegeben, weshalb die Bewertung mit „Sonstiges“ erfolgte.

Für alle 95 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.5.4 Weiterführende Maßnahmen

Für das Verfahren QS CHE wurden im AW-Jahr 2022 keine weiterführenden Maßnahmen beschlossen.

3.6 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen inkl. Pankreastransplantationen, hier: Dialyse (QS NET, DIAL)

Die nun im zweiten Auswertungsjahr dargestellte Datengrundlage im Bereich der Dialyse zeigte sich als nicht plausibel. Die Bundesauswertung Dialyse wurde nicht veröffentlicht, eine Weitergabe/Interpretation der Zahlen außerhalb der beratenden Gremien wird nicht empfohlen, so dass an dieser Stelle von einer Darstellung der Ergebnisse sowie weiteren Berichterstattung abgesehen wird.

3.7 Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

3.7.1 Datengrundlage

Mit einer Quote von 99,93 % ist die Vollständigkeit der eingegangenen Datensätze in Bayern im AW-Jahr 2022 (=EJ 2021) äußerst zufriedenstellend.

Tabelle 10 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Karotis-Revaskularisation Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG

	AW-Jahr	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollständigkeit in %
Bayern gesamt	2022	4.144	4.147	99,93
Bund gesamt	2022	30.809	30.767	100,14

3.7.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 11 Ergebnisse QS KAROTIS Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	≥ 95,00 %	98,89 % N = 1.795	99,11 % N = 12.186
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	≥ 95,00 %	99,60 % N = 1.241	99,68 % N = 8.332
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	Sentinel Event	0,00 % N = 6	7,65 % N = 170
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch (risikoadjustiert)	≤ 2,67 O/E (95. Perzentil)	0,92 O/E N = 3.199	1,00 O/E N = 21.852
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	≥ 95,00 %	98,34 % N = 301	97,38 % N = 2.903
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	≥ 95,00 %	98,70 % N = 154	99,27 % N = 2.206
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt (risikoadjustiert)	≤ 3,04 O/E (95. Perzentil)	1,02 O/E N = 626	1,00 O/E N = 6.450
161800	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	≤ 5,00 %	0,00 % N = 82	2,70 % N = 666

Das Verfahren QS KAROTIS umfasst grundsätzlich acht QI. Erfreulicherweise sind bei den bayerischen Ergebnissen keine nennenswerten negativen Ergebnisabweichungen im Vergleich zu den Bundesergebnissen oder zu den Referenzwerten zu verzeichnen. Positiv zu betrachten ist, dass zum einen bei Karotis-Revaskularisationen als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation in Bayern kein periprozeduraler Schlaganfall oder Todesfall aufgetreten ist (QI ID 52240). Zum anderen wurde bei neu aufgetretenen neurologischen Defiziten stets eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt (QI ID 161800).

3.7.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AW-Jahr 2022 lagen bayernweit insgesamt 20 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS KAROTIS vor. In allen Fällen wurde auf Empfehlung der Fachkommission ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Tabelle 12 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS KAROTIS

Stellungnahmeverfahren QS KAROTIS AW-Jahr 2022	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	20
Qualitativ unauffällig	10
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	8
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	2
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	2
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	2
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Sonstiges	0
Sonstiges	8
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	7
Sonstiges	1
STNV noch nicht abgeschlossen	0

Insgesamt stufte die Fachkommission die Hälfte (n=10) der angeforderten Stellungnahmen als qualitativ unauffällig ein. Die Fälle konnten überwiegend durch nachvollziehbare Einzelfälle (n=5) und besondere klinische Situationen (n=3), die aufgrund komplexer Indikationsstellungen im QS-Dokumentationsbogen nicht adäquat abgebildet werden können, erklärt werden. In zwei weiteren Fällen wurden zwar vereinzelt Dokumentationsfehler festgestellt, das Ausmaß gestaltete sich jedoch in Kombination mit plausibel dargestellten Einzelfällen als unbedenklich und wurde von der Fachkommission entsprechend mit der Bewertung als qualitativ unauffällig eingestuft.

Als qualitativ auffällig sind nach Einschätzung der Fachkommission 10 % der Stellungnahmen (n=2) zu bewerten. In diesen zwei Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aus den folgenden Gründen gesehen:

- mangelhaftes intraoperatives Setup
- Mängel in der Diagnostik und Indikationsstellung

Weitere 35 % (n=7) der Stellungnahmen wurden über die Sonstige Bewertung als Dokumentationsfehler eingestuft. Diese Dokumentationsfehler sind insbesondere auf eine fehlerhafte Eingabe bzw. Übertragung des Stenosegrades in die QS-Dokumentationsbögen zurückzuführen und damit für die rechnerische Auffälligkeit verantwortlich.

Für alle 20 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.7.4 Weiterführende Maßnahmen

Im QS-Verfahren KAROTIS wurden keine weiteren Maßnahmen beschlossen.

3.8 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

3.8.1 Datengrundlage

Die Vollständigkeit der eingegangenen Datensätze im Verfahren QS CAP ist für Bayern im AW-Jahr 2022 (=EJ 2021) mit 100,69 % sehr zufriedenstellend. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2020) wurden etwa 10 % mehr Datensätze geliefert. Mit Blick auf die Verteilung nach Aufnahmequartalen dürfte dies dem allgemeinen Pandemiegeschehen geschuldet sein.

Tabelle 13 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht ambulant erworbene Pneumonie Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG

	AW-Jahr	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollständigkeit in %
Bayern gesamt	2022	51.415	51.063	100,69
Bund gesamt		313.751	312.368	100,44
Bayern gesamt	2021	46.608	46.608	100
Bund gesamt		280.595	280.043	100,20

3.8.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 14 Ergebnisse QS CAP Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	≥ 95,00 %	99,19 % N = 51.368	99,13 % N = 313.385
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	≥ 95,00 %	96,67 % N = 50.083	96,72 % N = 305.866
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95,00 %	96,64 % N = 35.315	96,55 % N = 216.399
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	≥ 90,00 %	90,91 % N = 17.535	90,98 % N = 117.273
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	≥ 90,00 %	93,14 % N = 19.042	92,44 % N = 117.527
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert, ohne COVID-19-Fälle)	≤ 2,01 O/E (95. Perzentil)	0,99 O/E N = 18.503	1,01 O/E N = 122.181

Das Verfahren QS CAP umfasst sechs QI (fünf Prozessindikatoren und ein Ergebnisindikator). Kein QI weicht im Bayern-Ergebnis vom bundesweiten Referenzwert bzw. im Falle der Sterblichkeit (perzentilbasierter QI) vom Bundesdurchschnitt ab. Eine Ausnahme bildet der QI 2009 „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)“. Das Bayern-Ergebnis liegt mit 90,91 % zwar weiterhin über dem Bundesreferenzwert

von 90 %, verschlechterte sich aber erneut um ca. 1,6 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr. Als Grund für diese Entwicklung wird aus Sicht der Fachkommission mitunter die angespannte Personalsituation in den Krankenhäusern während der Pandemie gesehen. Dies kann sich sowohl in geänderten Strukturen und Prozessen hinsichtlich der Aufnahme und Behandlung von Pneumonie-Patient:innen äußern als auch in verminderter Dokumentationsqualität.

3.8.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AW-Jahr 2022 lagen bayernweit insgesamt 251 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS CAP vor. In 179 Fällen wurde auf Empfehlung der Fachkommission ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Zusätzlich zu den schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurde bei zwei LE im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ein Kollegialgespräch geführt, nachdem die Entwicklung der einen Klinik in den QI 2013 „Frühmobilisation nach Aufnahme“ und QI 2028 „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ kritisch ist und die zweite Klinik seit mehreren Jahren auffällige Ergebnisse im QI 2009 „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ aufweist. Ziel der Gespräche war es, die Ursachen für die Auffälligkeiten ausführlich zu eruieren und gemeinsam Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Bei Standorten mit weniger als 20 Fällen im Nenner hatte die Fachkommission empfohlen, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten und stattdessen die LE schriftlich explizit auf die rechnerische Auffälligkeit hinzuweisen mit der Bitte um klinikinterne Analyse. Bei diesen Standorten handelte es sich in der Regel um Spezialkliniken, die nur in wenigen Ausnahmefällen Pneumonien behandeln. Dies sind beispielsweise orthopädische Fachkliniken oder Kinderkliniken mit einigen wenigen Patient:innen über 18 Jahren, wodurch sich die vergleichsweise kleine Grundgesamtheit erklärt. Bei diesen Standorten führen in der Regel Einzelfälle bzw. eine sehr geringe Anzahl an auffälligen Vorgängen bereits zu einer rechnerischen Auffälligkeit mit keiner bzw. geringer statistischen Signifikanz. Bei diesen Standorten ist nicht zu erwarten, dass durch ein Stellungnahmeverfahren die Prozessqualität maßgeblich verbessert werden kann.

Tabelle 15 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS CAP

Stellungnahmeverfahren QS CAP AW-Jahr 2022	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	179
Qualitativ unauffällig	60
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	20
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	39
Sonstiges	1
Qualitativ auffällig	53
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	32
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	20
Sonstiges	1
Sonstiges	66
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	65
Sonstiges	1
STNV noch nicht abgeschlossen	0

Insgesamt erachtete die Fachkommission 34 % (n=60) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Diese beruhen zum Großteil auf nachvollziehbar geschilderten Einzelfällen (n=20), sowie häufig einer Mischung aus vereinzelt dokumentationsfehlern bei ansonsten plausibel dargelegten Einzelfällen (n=39).

Etwa 30 % (n=53) der eingegangenen Stellungnahmen sind nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten. In 32 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Konkret bemängelte die Fachkommission in diesen Fällen:

- Organisatorische Defizite bei der Röntgenbefundung bzw. verzögerte Diagnostik
- Organisatorische Defizite bei der zeitgerechten Umsetzung der Anordnung zur antimikrobiellen Therapie und der nachvollziehbaren Dokumentation (Uhrzeit Antibiotikagabe)
- Teilweise Häufung von Patient:innen mit verzögerter antimikrobieller Therapie bei Aufnahme außerhalb der Regeldienstzeit
- Strukturen zur regelhaften Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme und/oder vor Entlassung nicht auf allen Stationen etabliert
- Als unauffällig eingeschätzte Atmung wurde nicht ausgezählt und dokumentiert
- Keine nachvollziehbaren medizinischen Gründe für ein Ausbleiben von Maßnahmen zur Frühmobilisation

In 20 Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte.

In 36 % (n=65) lagen Dokumentationsfehler vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten. Die Dokumentationsdefizite wurden teilweise auf die allgemeine Überlastung in Pandemiezeiten zurückgeführt.

Für alle 179 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.8.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Für vier LE mit wiederholten Dokumentationsfehlern (mindestens zum zweiten Mal in Folge eine Bewertung mit „Unvollständige oder falsche Dokumentation“ D80 bzw. D50) erfolgte der Abschluss einer Zielvereinbarung als Maßnahme der Stufe 1. Im Rahmen der Zielvereinbarung wurden die LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2022 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

3.9 Mammachirurgie (QS MC)

3.9.1 Datengrundlage

Die Vollständigkeit der eingegangenen Datensätze ist für Bayern im AW-Jahr 2022 (=EJ 2021) mit 100,18 % sehr zufriedenstellend. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 16 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Mammachirurgie Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG

	AW-Jahr	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollständigkeit in %
Bayern gesamt	2022	15.254	15.227	100,18
Bund gesamt	2022	103.668	103.476	100,19

3.9.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 17 Ergebnisse QS MC Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 95,00 %	98,16 % N = 10.800	98,10 % N = 73.807
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate (risikoadjustiert)	≥ 0,40 O/E (5. Perzentil)	0,96 O/E N = 9.607	0,92 O/E N = 65.584
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate (risikoadjustiert)	≤ 1,52 O/E (95. Perzentil)	0,96 O/E N = 9.607	0,92 O/E N = 65.584
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	≥ 73,23 % (5. Perzentil)	92,71 % N = 1.262	92,85 % N = 8.303
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	≥ 52,50 % (5. Perzentil)	86,75 % N = 3.456	83,94 % N = 23.364
52330*	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	99,30 % N = 2.444	99,44 % N = 18.166
52279*	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	98,67 % N = 5.123	98,90 % N = 29.025
2163*	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel Event	0,30 % N = 1.003	0,09 % N = 6.982
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5,00 %	5,67 % N = 793	4,17 % N = 5.465
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90,00 %	97,10 % N = 4896	97,11 % N = 32.343
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 9,52 % (95. Perzentil)	2,73 % N = 7.755	2,54 % N = 52.187
60659	Nachresektionsrate	≤ 22,48 % (95. Perzentil)	10,01 % N = 8.818	10,67 % N = 59.710
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 97,41 % (5. Perzentil)	99,06 % N = 9.337	99,46 % N = 62.355

*QI auch in plan. QI-Richtlinie enthalten

Das Verfahren QS MC umfasst 13 QI, wovon drei auch in der plan. QI-Richtlinie enthalten sind und bei denen deshalb bei statistischen Auffälligkeiten das Stellungnahmeverfahren direkt vom IQTIG eingeleitet wird. Rechnerische Auffälligkeiten werden in den plan. QI-Richtlinien Indikatoren durch die LAG bearbeitet. Der Großteil der Bayern-Ergebnisse liegt auf einem ähnlichen Niveau wie die bundesweiten Ergebnisse. Eine Ausnahme bildet hierbei lediglich der QI „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI ID 50719), der mit einem Wert von 5,67 % sowohl über dem Bundesdurchschnitt von 4,17 % als auch über dem definierten Referenzwert von ≤ 5,00 % liegt.

3.9.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AW-Jahr 2022 lagen bayernweit insgesamt 147 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS MC vor. Auf Empfehlung der Fachkommission wurden LE mit niedrigen Gesamtfallzahlen nicht zu einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert. Grund dafür ist die ab dem Jahr 2024 geltende Mindestmengenregelung des G-BA, die regelt, dass LE mit weniger als 50 (ab 2025 100) chirurgischen Behandlungen von Brustkrebs pro Standort aus der Mammakarzinom-Versorgung ausscheiden werden. Die von der Fachkommission jeweils empfohlenen Mindest-Grundgesamtheit zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens variierten zwischen den QI. Insgesamt wurde in 45 Fällen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Tabelle 18 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS MC

Stellungnahmeverfahren QS MC AW-Jahr 2022	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	45
Qualitativ unauffällig	21
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	16
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	5
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	12
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	7
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	4
Sonstiges	1
Sonstiges	12
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	12
Sonstiges	0
STNV noch nicht abgeschlossen	0

Insgesamt erachtete die Fachkommission 47 % (n=21) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Größtenteils führten begründete Einzelfälle zu dieser Einschätzung (n=16). In einigen wenigen Fällen (n=5) wurden Dokumentationsfehler in unbedenklichem Ausmaß als qualitativ unauffällig bewertet.

Etwa 27 % (n=12) der eingegangenen Stellungnahmen sind nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten. In sieben Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Konkret bemängelte die Fachkommission:

- Nicht leitliniengerechtes Vorgehen (QI 2120001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk)
- Keine Benennung ausreichender Gründe für fehlende Durchführung der Tumorkonferenz (QI 211800: Interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS)

In vier Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte. In drei Fällen konnte die Fachkommission anhand der Stellungnahmen die zu Grunde liegenden Fälle nicht ausreichend nachvollziehen. Ein LE reichte trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerung bis zum Ende des Stellungnahmeverfahrens keine Stellungnahme ein.

In 27 % (n=12) lagen Dokumentationsfehler vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten. Diese verteilten sich über alle QI. Mit zwei LE wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.9.4 Weiterführende Maßnahmen).

Für alle 45 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.9.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Insgesamt wurden auf Empfehlung der Fachkommission mit sieben LE Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen.

In drei Fällen wurden aufgrund von qualitativ auffälligen Ergebnissen im QI „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk“ (QI ID 212001) Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen. Ein LE zeigt in allen auffälligen Fällen ein nicht leitliniengerechtes Vorgehen, weshalb Maßnahmen in Form einer Zielvereinbarung zur Implementierung von Handlungsempfehlungen gemäß S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ eingeleitet wurden. Bei einem weiteren LE zeichnet sich ein ähnliches Bild ab, wobei zusätzlich die Stellungnahmen nicht ausreichend ausgeführt waren. Daher wurde eine Zielvereinbarung zur Teilnahme an Fortbildungen zum Thema „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ insbesondere mit Bezug auf präoperative Drahtmarkierung geschlossen. Bei dem dritten in diesem QI qualitativ auffällig bewerteten LE zeigt sich ebenfalls ein nicht leitliniengerechtes Vorgehen in allen 17 Fällen. Deshalb wurde neben einer Zielvereinbarung zur Implementierung von Handlungsempfehlungen gemäß S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ zusätzlich ein Kollegialgespräch durchgeführt. Bei diesem Gespräch wurde dem LE das zukünftige Arbeiten nach Leitlinie empfohlen.

Für einen weiteren LE mit qualitativ auffälligem Ergebnis im QI „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (QI ID 211800) wurde eine Maßnahme der Stufe 1 in Form einer Zielvereinbarung zur Implementierung von Behandlungspfaden mit Bezug auf die Regelung und Durchführung der interdisziplinären Tumorkonferenz geschlossen. Grund dafür ist, dass die Stellungnahme des LE Rückschlüsse auf ein nicht standardisiertes Vorgehen bei der Durchführung postoperativer interdisziplinärer Tumorkonferenzen zulässt.

Ein LE weist in zwei QI qualitativ auffällige Ergebnisse auf. Einerseits zeigt sich in der Stellungnahme zum QI „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI ID 50719) ein nicht leitliniengerechtes Vorgehen, andererseits weist die Stellungnahme zum QI „Prätherapeutische Diagnosesicherung“ (QI ID 51846) auf eine scheinbar nicht ausreichende Kommunikation mit Belegärzten/-innen hin. Daher wurde ein Kollegialgespräch als Maßnahme der Stufe 1 durchgeführt, bei diesem Gespräch wurde dem LE empfohlen die Weisungsgebundenheit der kooperierenden externen Mitarbeiter:innen konkreter vertraglich festzuhalten. Des Weiteren wurden Dokumentationsprobleme dargestellt, die der LE bereits nachweislich lösen konnte.

Für zwei weitere LE wurden Maßnahmen der Stufe 1 in Form von Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen. Dies betrifft einen LE mit mehrfacher Fehldokumentation im QI „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (QI ID 211800) sowie einen LE mit wiederholter unvollständiger oder falscher Dokumentation im QI „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (QI ID 211800). Im Rahmen der Zielvereinbarungen wurden die LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2022 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

3.10 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

3.10.1 Datengrundlage

Die Vollständigkeit der eingegangenen Datensätze ist für Bayern im AW-Jahr 2022 (=EJ 2021) mit 100,19 % äußerst zufriedenstellend. Die geringfügige Überdokumentation ist unbedenklich und kann beispielsweise durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 19 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Gynäkologische Operationen Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG

	AW-Jahr	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollständigkeit in %
Bayern gesamt	2022	28.182	28.129	100,19
Bund gesamt	2022	177.745	176.722	100,58

3.10.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 20 Ergebnisse QS GYN-OP Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
51906*	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate O/E an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation (risikoadjustiert)	≤ 4,18 O/E	0,92 O/E N = 20.354	1,03 O/E N = 129.838
12874*	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	≤ 5,00 %	1,43 % N = 5.116	1,15 % N = 33.310
10211*	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %	7,62 % N = 2.022	7,39 % N = 14.134
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	Sentinel Event	0,79 % N = 6.838	0,73 % N = 42.524
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 43,52 % (95. Perzentil)	16,44 % N = 1.654	18,88 % N = 10.979
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	≥ 75,40 % (5. Perzentil)	89,69 % N = 6.012	89,00 % N = 37.459
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	≤ 6,59 % (90. Perzentil)	4,77 % N = 15.607	3,30 % N = 97.628

*QI auch in plan. QI-Richtlinie enthalten

Das Verfahren QS GYN-OP umfasst sieben QI, wovon drei auch in der plan. QI-Richtlinie enthalten sind, weshalb für diese QI bei statistischen Auffälligkeiten das Stellungnahmeverfahren direkt vom IQTIG eingeleitet wird. Rechnerische Auffälligkeiten in den plan. QI-Richtlinien-Indikatoren werden im Stellungnahmeverfahren mit der LAG bearbeitet. In vier QI sind die Bayern-Ergebnisse etwas schlechter als die Bundesergebnisse, in drei QI

ist es umgekehrt. Insgesamt bewegen sich die Bayernergebnisse auf einem ähnlichen Niveau wie die Bundesergebnisse, der Referenzwert wird in keinem QI über- bzw. unterschritten.

3.10.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AW-Jahr 2022 lagen bayernweit insgesamt 105 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS GYN-OP vor. Auf Empfehlung der Fachkommission wurden im QI „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate O/E an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ (QI ID 51906) keine Einzelfälle zu einer Stellungnahme aufgefordert. Dadurch reduzierte sich die Anzahl der Fälle, in denen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde, auf 100.

Tabelle 21 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS GYN-OP

Stellungnahmeverfahren QS GYN-OP AW-Jahr 2022	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	100
Qualitativ unauffällig	69
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	52
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	17
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	13
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	1
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	12
Sonstiges	0
Sonstiges	18
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	16
Sonstiges	2
STNV noch nicht abgeschlossen	0

Insgesamt erachtete die Fachkommission den Großteil (n=69) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Etwa die Hälfte dieser Bewertungen lässt sich auf eine rechnerische Auffälligkeit im QI „Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ (QI ID 60685) zurückführen. Aufgrund des Sentinel Event Referenzbereichs kommt es in jedem Einzelfall zu einer rechnerischen Auffälligkeit, die in den Stellungnahmen überwiegend medizinisch gut nachvollziehbar dargestellt wurden und daher als qualitativ unauffällig einzustufen sind.

Bei den qualitativ auffälligen Bewertungen (n=13) handelt es sich in fast allen Fällen um nicht ausreichend nachvollziehbare Stellungnahmen (n=12). Lediglich ein Fall wurde aufgrund von Hinweisen auf Struktur- oder Prozessmängel als qualitativ auffällig bewertet. Dabei wurde bei positiver Familienanamnese vor der Operation keine genetische Testung oder Beratung durchgeführt, was zu einer Auffälligkeit im QI „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (QI ID 10211) führte.

In 16 % (n=16) der Fälle lagen Dokumentationsfehler vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten. Diese verteilten sich über alle QI. Mit einem LE wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.10.4 Weiterführende Maßnahmen). In zwei weiteren Fällen wurde eine sonstige Bewertung vergeben, da die jeweiligen Abteilungen geschlossen wurden und es keine Ansprechpartner:in mehr gibt.

3.10.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Insgesamt wurde auf Empfehlung der Fachkommission mit acht LE Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen.

Ein LE zeigt eine wiederholte Auffälligkeit im QI „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI ID 52283) und ging trotz expliziter Nachfrage weder auf das hausinterne Konzept zum Management von transurethralen Dauerkathetern ein, noch erfolgte eine Einzelfallanalyse der rechnerisch auffälligen Vorgänge. Daher wurde eine Maßnahme der Stufe 1 in Form einer Zielvereinbarung zur Implementierung von Behandlungspfaden zum Management von transurethralen Dauerkathetern geschlossen.

Für zwei LE mit qualitativ auffälliger Bewertung im QI „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (QI ID 612) empfiehlt die Fachkommission Maßnahmen der Stufe 1. Bei einem LE mit anhaltender rechnerischer Auffälligkeit bei nicht leitliniengerechten Vorgehen wurde eine Zielvereinbarung zur Implementierung von Handlungsempfehlungen gemäß S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren“ geschlossen. Für den weiteren LE mit ebenfalls wiederholter Auffälligkeit in diesem QI und einer bezüglich der Indikationsstellung nicht aussagekräftigen Stellungnahme wurde eine Zielvereinbarung zur Implementierung von Behandlungspfaden geschlossen.

In zwei Fällen liegen qualitativ auffällige Ergebnisse im QI „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (QI ID 10211) vor. Bei einem LE liegt ein nicht leitliniengerechtes Vorgehen vor, da nach positiver Familienanamnese keine genetische Testung oder Beratung durchgeführt wurde. Im zweiten Fall kann anhand der Stellungnahme die Indikationsstellung nicht nachvollzogen werden. In beiden Fällen wurden Maßnahmen der Stufe 1 in Form von Zielvereinbarungen zur Implementierung von Behandlungspfaden, im ersten Fall mit Hinblick auf die Gewährleistung einer genetischen Testung und Beratung bei positiver Familienanamnese, im zweiten Fall zum Umgang mit Eierstockzysten, geschlossen.

Im QI „Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ (QI ID 60686) zeigen zwei LE qualitativ auffällige Ergebnisse. In einem Fall ist diese Bewertung mit einer im Verhältnis zur Gesamtfallzahl zu hohen Anzahl an durchgeführten Adnexektomien bei gutartigen Befunden begründet. Im zweiten Fall ist die in der Stellungnahme geschilderte Indikationsstellung nicht nachvollziehbar. In beiden Fällen wurden Maßnahmen der Stufe 1 in Form von Zielvereinbarungen zur Implementierung von Behandlungspfaden zum Umgang mit Eierstockzysten geschlossen.

Mit einem LE wurde wegen wiederholten Dokumentationsfehlern im QI „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung“ (QI ID 12874) eine Zielvereinbarung als Maßnahme der Stufe 1 geschlossen. Im Rahmen der Zielvereinbarung wurde der LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2022 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

3.11 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

3.11.1 Datengrundlage

Die Vollständigkeit der eingegangenen Datensätze ist für Bayern im AW-Jahr 2022 (=EJ 2021) mit 100,25 % sehr zufriedenstellend. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann beispielsweise durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 22 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Dekubitusprophylaxe Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG

	AW-Jahr	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollständigkeit in %
Bayern gesamt	2022	32.420	32.340	100,25
Bund gesamt	2022	248.565	247.445	100,45

3.11.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 23 Ergebnisse QS DEK Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 2,28 O/E (95. Perzentil)	0,96 O/E N = 2.228.067	1,05 O/E N = 15.070.673
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0046 % (=103 beobachtete Fälle) N = 2.228.067	0,0046 % N = 15.070.673

Das Verfahren QS DEK umfasst zwei QI. Bezogen auf die risikoadjustierte Rate an Dekubitalulcera (QI ID 52009) liegt das Bayern-Ergebnis deutlich unter dem bundesweiten, perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 2,28 sowie unter dem Bundesdurchschnitt von 1,05. Im Schnitt traten in Bayern etwa 4 % weniger Dekubitalulcera auf als zu erwarten gewesen wäre (Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate beträgt 0,96). Hinsichtlich der aufgetretenen Dekubitalulcera 4. Grades (QI ID 52009) entsprechen die bayerischen Ergebnisse exakt dem Bundesdurchschnitt von 0,0046 %.

3.11.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Tabelle 24 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen des AW-Jahres 2022 für QS DEK

Stellungnahmeverfahren QS DEK AW-Jahr 2022		Anzahl
Stellungnahmen angefordert		73
Qualitativ unauffällig		27
Einzelfälle/Besondere klinische Situation		21
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme		5
Sonstiges		1
Qualitativ auffällig		19
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel		7
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt		11

Stellungnahmeverfahren QS DEK AW-Jahr 2022		Anzahl
Sonstiges		1
Sonstiges		27
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)		27
Sonstiges		0
STNV noch nicht abgeschlossen		0

Insgesamt erachtete die Fachkommission 37 % (n=27) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Insbesondere nachvollziehbar begründete Einzelfälle führten zu dieser Einschätzung (n=21). In einigen wenigen Fällen (n=5) führte eine Mischung aus Dokumentationsfehlern in unbedenklichem Ausmaß und plausibel dargestellten Einzelfällen zur Bewertung als qualitativ unauffällig.

Etwa 26 % (n=19) der eingegangenen Stellungnahmen sind nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten. In sieben Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Konkret bemängelte die Fachkommission in diesen Fällen:

- Fehleinschätzung des Dekubitus-Risikos bei Aufnahme und dadurch inadäquate Planung und Durchführung präventiver Maßnahmen
- mangelnde Umsetzung des Expertenstandards
- Defizite in der Erkennung und korrekten Klassifizierung von Dekubitalulcera durch das Pflegepersonal
- unzureichende Pflegeüberleitung

In elf Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte. In der überwiegenden Zahl konnte die Fachkommission anhand der Stellungnahme die zu Grunde liegenden Fälle nicht ausreichend nachvollziehen. Ein LE reichte trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerung bis zum Ende des Stellungnahmeverfahrens keine Stellungnahme ein.

In 37 % (n=27) lagen Dokumentationsfehler (Bewertungskategorie Sonstiges) vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten. Zu nennen sind hier insbesondere Fehlkodierungen, die zu einer fehlerhaften Auslösung von QS-Dokumentationsbögen führen, und fehlerhafte Angaben bezüglich des Dekubitus-Status bei Aufnahme. Mit zwei LE wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.11.4 Weiterführende Maßnahmen).

Für alle 73 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.11.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Für zwei LE mit wiederholten Dokumentationsfehlern (zweimal Bewertung mit D80 bzw. D50 in Folge) erfolgte der Abschluss einer Zielvereinbarung als Maßnahme der Stufe 1. Im Rahmen der Zielvereinbarung wird der LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2022 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

Maßnahmen der Stufe 2

Für einen LE empfiehlt die Fachkommission die Durchführung weiterführender Maßnahmen der Stufe 2.

Der LE weist seit Jahren anhaltende rechnerische und qualitative Auffälligkeiten im Bereich der Dekubitusprophylaxe auf. In den Vorjahren erfolgten bereits zwei Kollegialgespräche und eine

Zielvereinbarung. Dennoch zeigt sich keine Besserungstendenz und der LE weist weiterhin qualitative Auffälligkeiten (Struktur- und Prozessmängel) auf und fällt zudem im Stellungnahmeverfahren 2022 durch unzureichende Stellungnahmen auf.

Die betroffene Klinik soll im Rahmen einer Fachkommissionssitzung zu einem erweiterten Kollegialgespräch in Präsenz eingeladen werden, an dem auch einzelne Vertreter aus dem Lenkungsgremium (darunter Krankenkassen, BKG) teilnehmen werden.

Das erweiterte Kollegialgespräch soll in 2023 stattfinden. Da an dem Gespräch u. a. Kassenvertreter:innen (und damit für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständige Stellen) teilnehmen werden, entspricht diese Maßnahme der Maßnahmenstufe 2 gemäß § 17, Absatz 4 der DeQS-Richtlinie.

3.12 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

3.12.1 Datengrundlage

Das Verfahren QS HSMDEF ist unterteilt in sechs Module. In allen Modulen ist die Vollständigkeit der eingegangenen Datensätze für das AW-Jahr 2022 (=EJ 2021) sehr gut mit Dokumentationsraten von jeweils um die 100 %.

Tabelle 25 Datengrundlagen gemäß der Länderberichte der Module im Verfahren QS HSMDEF zum AW-Jahr 2022 des IQTIG

	AW-Jahr	Datensätze IST	Datensätze SOLL*	Vollständigkeit in %
Herzschrittmacher-Implantation (HSM-IMPL)				
Bayern gesamt	2022	9.936	9.929	100,07
Bund gesamt		73.353	73.309	100,06
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSM-AGGW)				
Bayern gesamt	2022	1.830	1.812	100,99
Bund gesamt		15.223	15.109	100,75
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSM-REV)				
Bayern gesamt	2022	1.320	1.323	99,77
Bund gesamt		9.431	9.392	100,42
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (DEFI-IMPL)				
Bayern gesamt	2022	2.934	2.930	100,14
Bund gesamt		20.047	19.986	100,31
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (DEFI-AGGW)				
Bayern gesamt	2022	1.357	1.354	100,22
Bund gesamt		10.402	10.359	100,42
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (DEFI-REV)				
Bayern gesamt	2022	1.091	1.085	100,55
Bund gesamt		7.272	7.246	100,36

3.12.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

In der folgenden Tabelle werden die Ergebnisse aller QI (mit definiertem Referenzwert) für das AW-Jahr 2022 sowohl auf Bayern- als auch auf Bundesebene dargestellt. Die Darstellung erfolgt für alle sechs Module des Verfahrens QS HSMDEF.

Tabelle 26 Ergebnisse QS HSMDEF Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
Herzschrittmacher-Implantation (HSM-IMPL)				
101803	Leitlinienkonforme Indikation	≥ 90,00 %	95,92 % N = 9.825	96,40 % N = 72.637
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	≥ 90,00 %	99,57 % N = 9.136	99,54 % N = 66.880
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	≥ 60,00 %	86,52 % N = 11.739	88,41 % N = 88.339
101800	Dosis-Flächen-Produkt (risikoadjustiert)	≤ 3,36 O/E (95. Perzentil)	0,82 O/E N = 9.864	0,87 O/E N = 72.847
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90,00 %	95,54 % N = 36.409	95,38 % N = 267.782
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,60 %	1,05 % N = 9.933	0,96 % N = 73.293
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3,00 %	1,43 % N = 9.933	1,42 % N = 73.293
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 3,98 O/E (95. Perzentil)	0,98 O/E N = 9.933	0,96 O/E N = 73.293
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSM-AGGW)				
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	≥ 95,00 %	98,49 % N = 8.214	98,64 % N = 66.102
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,30 %	0,22 % N = 1.830	0,17 % N = 15.218
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSM-REV)				
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 3,10 %	1,06 % N = 1.320	0,75 % N = 9.407
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	≤ 3,00 %	1,09 % N = 917	0,91 % N = 6.498
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 5,04 O/E (95. Perzentil)	1,15 O/E N = 1.320	1,19 O/E N = 9.407
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (DEFI-IMPL)				
50055	Leitlinienkonforme Indikation	≥ 90,00 %	89,53 % N = 2.933	91,97 % N = 20.044
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	≥ 90,00 %	97,34 % N = 2.929	97,70 % N = 20.023
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	≥ 60,00 %	89,64 % N = 4.045	91,55 % N = 29.159

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
131801	Dosis-Flächen-Produkt (risikoadjustiert)	≤ 2,53 O/E (95. Perzentil)	0,83 O/E N = 2.679	0,83 O/E N = 18.735
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90,00 %	95,99 % N = 9.544	96,26 % N = 66.145
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,50 %	1,13 % N = 2.933	0,86 % N = 20.044
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3,00 %	0,67 % N = 2.692	0,77 % N = 18.780
51186	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 6,01 O/E (95. Perzentil)	0,81 O/E N = 2.933	0,97 O/E N = 20.044
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (DEFI-AGGW)				
52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	≥ 95,00 %	98,86 % N = 7.646	98,92 % N = 56.974
41800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 3,80 %	0,15 % N = 1.357	0,26 % N = 10.400
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (DEFI-REV)				
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,90 %	1,01 % N = 1.087	1,41 % N = 7.256
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	≤ 3,00 %	0,61 % N = 814	0,66 % N = 5.426
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 4,79 O/E (95. Perzentil)	0,93 O/E N = 1.087	1,06 O/E N = 7.256

Im Allgemeinen entwickelten sich die QI-Ergebnisse bayernweit stabil und kein QI weicht im Bayern-Ergebnis vom Bundesreferenzwert bzw. vom Bundesdurchschnitt (im Falle perzentilbasierter QI) ab. Wo negative Abweichungen vom Bundesdurchschnitt vorliegen (siehe z. B. QI ID 52315 „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ HSM-REV) liegt das Ergebnis sehr deutlich im bundesweiten Referenzbereich.

Eine Ausnahme bildet hierbei der QI 50055 zur Leitlinienkonformen Indikation bei der Defibrillator-Implantation. Hier liegt das Bayern-Ergebnis mit 89,53 % knapp unter dem Referenzwert von 90 %. Die Ursachen für diese rückläufige Entwicklung werden von der LAG und der Fachkommission im Stellungnahmeverfahren 2022 näher eruiert.

3.12.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AW-Jahr 2022 lagen bayernweit insgesamt 248 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS HSMDEF vor. In 150 Fällen (entspricht 60,5 %) wurde auf Empfehlung der Fachkommission ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Vom Stellungnahmeverfahren ausgeschlossen wurden auf Empfehlung der Fachkommission jeweils Einzelfälle. In der Regel können diese Fälle medizinisch begründet und nachvollziehbar dargelegt werden und es ist kein Rückschluss auf etwaige systematische Struktur- oder Prozessmängel möglich. Die Einzelfallregelung wurde nicht angewandt auf QI zum Dosis-Flächen-Produkt und zur Durchführung intraoperativer Messungen. LE mit

rechnerisch auffälligem Ergebnis, die aufgrund eines Einzelfalls nicht um schriftliche Stellungnahme gebeten wurden, erhielten einen schriftlichen Hinweis mit der Bitte um klinikinterne Analyse der Auffälligkeit.

Tabelle 27 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS HSMDEF

Stellungnahmeverfahren QS HSMDEF AW-Jahr 2022	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	150
Qualitativ unauffällig	86
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	68
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	17
Sonstiges	1
Qualitativ auffällig	38
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	21
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	15
Sonstiges	2
Sonstiges	26
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	23
Sonstiges	3
STNV noch nicht abgeschlossen	0

Insgesamt erachtete die Fachkommission 57 % (n=86) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Insbesondere nachvollziehbar begründete Einzelfälle führten zu dieser Einschätzung (n=65). In drei Fällen lag eine besondere klinische Situation vor, z. B. bei High-Volume-Zentren mit besonderem Patientenkollektiv. In einigen Fällen (n=17) führte eine Mischung aus Dokumentationsfehlern in unbedenklichem Ausmaß und plausibel dargestellten Einzelfällen zur Bewertung als qualitativ unauffällig.

Etwa 25 % (n=38) der eingegangenen Stellungnahmen sind nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten. In 21 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Konkret bemängelte die Fachkommission in diesen Fällen:

- Dosis-Flächen-Produkt:
 - erhöhte Durchleuchtungszeiten mit erkennbarem Verbesserungspotenzial in den Einstellungen und der Bedienung der Durchleuchtungsgeräte
 - teilweise erhöhte Dosis-Flächen-Produkte aufgrund veralteter Durchleuchtungsgeräte
 - Begründung über Ausbildungssituation bei insgesamt sehr geringer Gesamtfallzahl, für das geringe Implantationsvolumen sind zu viele Operateure tätig
- Nicht sondenbedingte Komplikationen:
 - Häufung von Tamponaden als Hinweis auf Prozessprobleme
 - Zugang über die Vena subclavia an Stelle der Vena cephalica als primärer Zugangsweg
- Sondendislokationen bzw. -dysfunktionen:
 - Häufung dislozierter Vorhofsonden als Hinweis auf bestehende Prozessmängel
 - Häufung von Sondendislokationen bei geringem Implantationsvolumen als Hinweis auf Prozessmängel bei ggf. fehlender Routine der einzelnen Implantateure
- Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden:
 - Nicht durchgeführte intraoperative Messungen bei Aggregatverlagerung
- Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln:
 - Begründung über Ausbildungssituation bei insgesamt sehr geringer Gesamtfallzahl, für das geringe Implantationsvolumen sind zu viele Operateure tätig

In 16 Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte. In der überwiegenden Zahl konnte die Fachkommission anhand der Stellungnahme die zu Grunde liegenden Fälle nicht ausreichend nachvollziehen. In vier Fällen wurde trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerung bis zum Ende des Stellungnahmeverfahrens keine Stellungnahme eingereicht.

In ca. 15 % (n=23) lagen Dokumentationsfehler (Bewertungskategorie Sonstiges) vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten. Zu nennen sind hier insbesondere Fehldokumentation hinsichtlich der intraoperativen Messungen und Messwerte sowie vereinzelte Dokumentationsfehler bei indikationsrelevanten Datenfeldern. Insbesondere beim QI 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ bei der Defibrillator-Implantation ließ sich der Großteil der rechnerischen Auffälligkeiten über Dokumentationsfehler aufklären – in 17 von 28 Fällen wurde die Stellungnahme mit D80 bzw. U63 aufgrund von Dokumentationsfehlern bewertet.

Für alle 150 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurde der Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.12.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Ein LE wurde wiederholt im QI 52311 „Sondendislokation oder –dysfunktion“ bei Herzschrittmacher-Implantationen auffällig. Bereits im Vorjahr stellte die Fachkommission die Häufung dislozierter Vorhofsonden fest und bewertete dies als qualitativ auffällig mit einem entsprechenden Hinweis an die Klinik. Erneut zeigt sich im schriftlichen Stellungnahmeverfahren eine überdurchschnittliche Häufung von dislozierten Vorhofsonden. Die Fachkommission sah dringende Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und führte als Maßnahme der Stufe 1 ein erweitertes Kollegialgespräch durch mit dem Fokus der gemeinsamen Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen. Das Gespräch fand im Februar 2023 statt und mündete in einer Zielvereinbarung mit dem LE.

3.13 Perinatalmedizin (QS PM)

3.13.1 Datengrundlage

Das Verfahren QS PM besteht aus zwei Modulen, der Geburtshilfe (PM GEBH) und der Neonatologie (PM NEO). Die Vollständigkeit der eingegangenen Datensätze ist für Bayern im AW-Jahr 2022 (=EJ 2021) mit 100,19 % für das Modul PM GEBH und mit 100,80 % für das Modul PM NEO sehr zufriedenstellend. Die leichte Abweichung in der Dokumentation ist unbedenklich und kann zum Beispiel durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 28 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Perinatalmedizin: Geburtshilfe Erfassungsjahr 2021“ und „Länderbericht Perinatalmedizin: Neonatologie Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG

	AW-Jahr	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollständigkeit in %
Perinatalmedizin Geburtshilfe (PM GEBH)				
Bayern gesamt	2022	127.857	127.617	100,19
Bund gesamt		758.016	756.572	100,19
Perinatalmedizin Neonatologie (PM NEO)				
Bayern gesamt	2022	16.204	16.195	100,06
Bund gesamt		103.211	102.394	100,80

3.13.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 29 Ergebnisse QS PM Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
Perinatalmedizin Geburtshilfe (PM GEBH)				
330*	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %	96,82 % N = 1.133	96,53 % N = 6.916
50045*	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %	98,56 % N = 41.012	98,93 % N = 240.578
52249	Kaiserschnittgeburt (risikoadjustiert)	≤ 1,24 O/E (90. Perzentil)	1,04 O/E N = 127.049	1,02 O/E N = 752.325
1058*	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	0,07 % N = 1.489	0,22 % N = 10.190
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen (risikoadjustiert)	≤ 3,94 O/E (95. Perzentil)	1,16 O/E N = 6.695	1,03 O/E N = 41.693
318*	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %	97,30 % N = 3.697	97,17 % N = 23.076
51803*	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (risikoadjustiert)	≤ 2,32 O/E	1,00 O/E N = 119.566	1,01 O/E N = 705.663
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV (risikoadjustiert)	≤ 2,96 O/E (95. Perzentil)	0,87 O/E N = 86.129	0,81 O/E N = 513.155
Perinatalmedizin Neonatologie (PM NEO)				
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	Sentinel Event	0,18 % N = 13.609	0,20 % N = 86.311
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (risikoadjustiert)	≤ 2,29 O/E (95. Perzentil)	1,23 O/E N = 1.450	1,04 O/E N = 9.206
50060	Nosokomiale Infektion (risikoadjustiert)	≤ 2,47 O/E (95. Perzentil)	1,07 O/E N = 13.297	0,93 O/E N = 82.882
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung (risikoadjustiert)	≤ 2,31 O/E (95. Perzentil)	1,16 O/E N = 5.240	0,94 O/E N = 32.947
52262	Zunahme des Kopfumfangs	≤ 21,90 % (95. Perzentil)	9,29 % N = 2.035	10,06 % N = 12.289
50063	Durchführung eines Hörtests	≥ 95,00 %	98,33 % N = 14.616	98,30 % N = 92.749
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen (risikoadjustiert)	≤ 2,55 O/E (95. Perzentil)	1,30 O/E N = 1.440	0,86 O/E N = 9.150
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen (risikoadjustiert)	≤ 2,04 O/E (95. Perzentil)	0,96 O/E N = 13.582	0,94 O/E N = 86.634

*auch in plan. QI-Richtlinie enthalten

Das Modul PM GEBH umfasst acht QI, von denen fünf auch in der plan. QI-Richtlinie enthalten sind. Bei diesen QI wird bei einer statistischen Auffälligkeit das Stellungsverfahren direkt durch das IQTIG durchgeführt,

während bei einer rechnerischen Auffälligkeit das Stellungnahmeverfahren von der LAG durchgeführt wird. Im Vergleich zwischen den Bayerischen und den Bundesergebnissen lassen sich keine großen Abweichungen erkennen.

Das Modul PM NEO umfasst ebenfalls acht QI. Auch hier zeigen sich im Vergleich zwischen den Bayerischen und den Bundeergebnissen keine großen Abweichungen.

3.13.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im Verfahren QS PM lagen für das AW-Jahr 2022 bayernweit insgesamt 82 rechnerische Auffälligkeiten vor. Die Fachkommission PM empfahl, mit allen rechnerischen Auffälligkeiten ein schriftliches Stellungnahmeverfahren zu führen.

Tabelle 30 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS PM

Stellungnahmeverfahren QS PM AW-Jahr 2022	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	82
Qualitativ unauffällig	63
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	45
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	8
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	16
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	10
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	6
Sonstiges	0
Sonstiges	3
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	1
Sonstiges	2
STNV noch nicht abgeschlossen	0

Die meisten Stellungnahmen (n=63) wurden von der Fachkommission PM als qualitativ unauffällig bewertet. Ein Großteil (27 %) dieser Bewertungen findet sich im QI „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (QI ID 51070). Da es sich um einen sogenannten Sentinel Event Indikator handelt, kommt es in jedem Einzelfall zur rechnerischen Auffälligkeit. Eine Stellungnahmeanfrage zu diesem Indikator wurde nicht beantwortet, alle übrigen 17 Stellungnahmen wurden als qualitativ unauffällige U62 – Einzelfälle eingestuft, in denen medizinisch nachvollziehbare, infauste Prognosen geschildert wurden.

Die meisten der als qualitativ auffällig eingestuften Stellungnahmen sind mit sieben Bewertungen dem QI „Kaiserschnittgeburt“ (QI ID 52249) zuzuordnen. Die Fachkommission PM hat die Ergebnisse zur Kaiserschnittgeburt mit Hilfe des sogenannten Robson Score analysiert. Dabei handelt es sich um einen von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeführten Goldstandard, der den besseren Vergleich zwischen einzelnen Kliniken anhand der unterschiedlichen Indikationsstellungen zur Kaiserschnittgeburt ermöglicht. Die Fachkommission PM steht der Durchführung einer Sectio ohne medizinische Indikationsstellung kritisch gegenüber. Die übrigen qualitativ auffälligen Vorgänge verteilen sich über alle Indikatoren der Module PM GEBH und PM NEO.

In einem Fall lagen Dokumentationsfehler vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten. In zwei weiteren Fällen eines LE wurden sonstige Bewertungen vergeben, da hier die gesamte Belegschaft gewechselt hat und keine detaillierte Stellungnahme eingereicht werden konnte.

3.13.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Insgesamt wurden auf Empfehlung der Fachkommission mit neun LE im Modul Geburtshilfe Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen.

Ein LE zeigt ein nicht leitliniengerechtes Vorgehen beim Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV. Hier wurde eine Zielvereinbarung zur Teilnahme an Fortbildungen zum Thema „Management von Dammrissen nach vaginaler Geburt“ geschlossen.

Für die weiteren acht LE betreffen die weiterführenden Maßnahmen den QI „Kaiserschnittgeburt“ (QI ID 52249). Zugrunde liegt diesen Empfehlungen die in allen Fällen deutlich erhöhte Kaiserschnitttrate im Vergleich zum Bayerischen Durchschnitt als auch zur risikoadjustierten Erwarteten Rate.

Wegen seit Jahren anhaltenden rechnerischen Auffälligkeiten wurde durch die Fachkommission mit vier LE ein erweitertes Kollegialgespräch als weiterführende Maßnahme der Stufe 1 geführt. Ein LE hatte bereits erfolgreich Maßnahmen umgesetzt, die die Kaiserschnitttrate im Folgejahr reduzierte. Bei diesem LE wurde keine weiteren Empfehlungen ausgesprochen. Ein weiterer LE stellte die angespannten Personallage und geplante Maßnahmen gegen diese Situation, als auch gegen die erhöhte Kaiserschnitttrate vor. Die Fachkommission empfahl weitere Methoden zur Geburtseinleitung zu verwenden. Ein weiterer LE stellte die erhöhte Rate an Wunschkaiserschnitten vor, die eingeführten Maßnahmen des LE spiegeln sich noch nicht in den aktuellen Zahlen des Folgejahres wieder. Die Fachkommission empfiehlt sich mit den ROBSON Scores auseinanderzusetzen. Ein weiterer LE arbeitet an Maßnahmen, die weitestgehend nicht zu der gewünschten Reduktion der Kaiserschnitttrate führen. Im Rahmen des Kollegialgesprächs wurde eine umfangreiche Zielvereinbarung geschlossen, die dem LE helfen soll die Kaiserschnitttrate in Zukunft zu reduzieren.

In den übrigen vier Fällen wurde eine Kombination aus Teilnahme an Fortbildungen, Teilnahme an Qualitätszirkeln, und die Implementierung von Handlungsempfehlungen gemäß der S3-Leitlinie „Die Sectio caesarea“ als Maßnahmen der Stufe 1 als Zielvereinbarung geschlossen. Die Fachkommission sieht hier Verbesserungspotentiale und möchte, dass sich die jeweiligen LE mit der Thematik Kaiserschnittgeburt weiterhin kritisch auseinandersetzen.

3.14 Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

3.14.1 Datengrundlage

Das Verfahren QS HGV umfasst die beiden Module Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) und Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP). Beide Module weisen mit 100,47 % bzw. 99,98 % eine durchaus zufriedenstellende Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze in Bayern im AW-Jahr 2022 (=EJ 2021) auf.

Tabelle 31 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung Erfassungsjahr 2021“ und „Hüftgelenkversorgung: Hüftendoprothesenversorgung Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG

	AW-Jahr	Datensätze IST	Datensätze SOLL*	Vollzähligkeit in %
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)				
Bayern gesamt	2022	9.598	9.553	100,47
Bund gesamt		59.014	58.811	100,35
Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)				
Bayern gesamt	2022	39.844	39.851	99,98
Bund gesamt		239.861	238.942	100,38

3.14.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 32 Ergebnisse QS HGV Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)				
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	8,43 % N = 9.560	9,11 % N = 58.818
54050	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	96,98 % N = 8.356	97,54 % N = 51.296
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung (risikoadjustiert)	≤ 2,36 O/E (95. Perzentil)	1,11 O/E N = 7.630	1,09 O/E N = 45.703
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 5,88 % (95. Perzentil)	2,13 % N = 9.579	1,85 % N = 58.921
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (risikoadjustiert)	≤ 2,46 O/E (95. Perzentil)	1,07 O/E N = 9.579	1,08 O/E N = 58.921
Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)				
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≥ 90,00 %	97,50 % N = 27.778	97,65 % N = 163.429
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≥ 86,00 %	91,35 % N = 2.961	92,06 % N = 17.843
54003	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	8,89 % N = 9.620	8,82 % N = 61.362

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
54004	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	96,12 % N = 28.204	97,09 % N = 176.951
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (risikoadjustiert)	≤ 2,25 O/E (95. Perzentil)	1,00 O/E N = 9.626	1,03 O/E N = 61.432
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 6,67 % (95. Perzentil)	1,22 % N = 27.546	1,44 % N = 162.410
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 19,43 % (95. Perzentil)	6,55 % N = 2.642	7,48 % N = 15.817
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 11,11 % (95. Perzentil)	4,44 % N = 9.659	4,69 % N = 61.608
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 7,59 % (95. Perzentil)	2,14 % N = 27.778	2,31 % N = 163.429
54020	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. – Komponentenwechsel (risikoadjustiert)	≤ 1,98 O/E (95. Perzentil)	0,94 O/E N = 2.961	0,99 O/E N = 17.843
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung (risikoadjustiert)	≤ 2,56 O/E (95. Perzentil)	1,23 O/E N = 35.800	1,06 O/E N = 212.348
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Sentinel Event	0,02 % N = 25.041	0,05 % N = 144.714

Das Verfahren QS HGV umfasst grundsätzlich 18 QI, bestehend aus fünf QI im Modul HGV-OSFRAK und 13 im Modul HGV-HEP. Der Follow-up-Indikator zu den Hüftgelenksendoprothesen(HEP)-Wechsel im 90-Tage-Verlauf (QI ID 10271) wurde im AW-Jahr 2022 jedoch aufgrund des Richtlinienwechsels von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie von Seiten des IQTIG nicht ausgewertet. Daher beschränkt sich die Ergebnisdarstellung auf 17 QI.

Insgesamt zeigen sich die Bayern-Ergebnisse mit dem Bundesdurchschnitt durchaus vergleichbar und es sind kaum nennenswerte Abweichungen zu verzeichnen. Lediglich der QI zur Sturzprophylaxe (QI ID 54004) mit einem Ergebnis deutlich über dem Referenzbereich jedoch etwas unter dem Bundesdurchschnitt gelegen und der risikoadjustierte QI zur Gehunfähigkeit bei Entlassung (QI ID 54012) mit 20 % mehr Gehunfähigkeiten als erwartet sind zu nennen. Die Ursachen hierzu sind unter 3.14.3 zu finden.

3.14.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im Verfahren QS HGV lagen im AW-Jahr 2022 bayernweit insgesamt 275 rechnerische Auffälligkeiten vor.

Grundsätzlich hielt die Fachkommission bei den vier QI zu den allgemeinen Komplikationen in nur einigen wenigen Fällen die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens für sinnvoll. Zum einen umfassen die QI äußerst breitgefächerte Komplikationen (z.B. einerseits Harnwegsinfekt und andererseits Schlaganfall). Aus Sicht der Fachkommission wäre eine Stratifizierung in diesem QI sinnvoll zur besseren Beurteilbarkeit der Schwere der

Komplikationen. Zum anderen wird bei QI zu den allgemeinen Komplikationen ohne Risikoadjustierung (QI ID 54016 und 54017) zudem die unterschiedliche Morbidität der Patient:innen bei Aufnahme nicht berücksichtigt. Aus Sicht der Fachkommission führe dies bei spezialisierten LE mit risikoreichem Patientenkollektiv eher zu einer ungerechtfertigten rechnerischen Auffälligkeit.

Selbst die beiden risikoadjustierten QI zu den allgemeinen Komplikationen (QI ID 54042 und 54015) wurden von der Fachkommission aufgrund ihrer Unschärfe sowie einer recht homogenen Ergebnisverteilung nahe dem Referenzwert lediglich auf einzelne Ausreißer eingegrenzt. Eingrenzungen auf Basis der Grundgesamtheit der LE wurden darüber hinaus in den QI vorgenommen, in denen auf Basis der Erfahrungen der vergangenen Stellungnahmeverfahren Dokumentationsproblematiken und kein Verbesserungspotenzial in der Struktur- und Prozessqualität zu erwarten sind. Ein LE mit rechnerisch unauffälligem Ergebnis wurde ebenfalls in das Stellungnahmeverfahren mitaufgenommen, um die Gründe für das auffällig gute Ergebnis zu eruieren.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien wurde auf Empfehlung der Fachkommission in 124 Fällen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Tabelle 33 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS HGV

Stellungnahmeverfahren QS HGV AW-Jahr 2022	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	124
Qualitativ unauffällig	68
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	53
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	14
Sonstiges	1
Qualitativ auffällig	24
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	14
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	10
Sonstiges	0
Sonstiges	32
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	31
Sonstiges	1
STNV noch nicht abgeschlossen	0

Insgesamt wurden 55 % (n=68) der 124 angeforderten Stellungnahmen von der Fachkommission als qualitativ unauffällig bewertet. Neben nachvollziehbar begründeten Einzelfällen (n=50) wurden auch die besonderen klinischen Situationen von drei LE mit besonders geriatrischem und multimorbidem Patientenkollektiv von der Fachkommission anerkannt. In 14 weiteren Fällen wurden zwar vereinzelt Dokumentationsfehler festgestellt, das Ausmaß gestaltete sich jedoch in Kombination mit plausibel dargestellten Einzelfällen unbedenklich und wurde von der Fachkommission entsprechend mit einer Bewertung als qualitativ unauffällig eingestuft.

Nach Einschätzung der Fachkommission sind weitere 19 % (n=24) der eingeforderten Stellungnahmen als qualitativ auffällig zu bewerten. In 14 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aus den folgenden Gründen gesehen:

- unzureichende Vermeidungsstrategien von Harnwegsinfekten
- nicht nachvollziehbare verlängerte Verweildauer
- überdurchschnittliche Häufigkeit an Cutting-Outs
- nicht nachvollziehbare Indikationsstellung
- fehlendes Konzept für die Mobilisierung

- zu überprüfendes perioperatives Gerinnungsmanagement / Konzept für das geriatrische Patientengut
- mangelnde Implantatslogistik
- klinikinterne Aufarbeitung in der Belegabteilung war nicht möglich

In acht Fällen konnten die Gründe für die rechnerische Auffälligkeit aufgrund unzureichender Stellungnahmen von Seiten der Fachkommission nicht ausreichend nachvollzogen werden, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte. Darüber hinaus wurde in zwei Fällen trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerung bis zum Ende des Stellungnahmeverfahrens keine Stellungnahme eingereicht.

Etwa 25 % (n=31) aller eingeforderten Stellungnahmen wurden über die Sonstige Bewertung als Dokumentationsfehler eingestuft. Die häufigsten Ursachen für Dokumentationsfehler sind insbesondere auf fehlerhafte Angaben in den QS-Dokumentationsbögen zu den Feldern des Kellgren-Lawrence-Scores, der Sturzprophylaxe sowie der Indikationskriterien bei den Wechseleingriffen zurückzuführen. Vereinzelt kommt es zudem zu Nichterfassungen von Gehfähigkeiten sowie Inhouse-Stürzen, womit automatisch eine fälschlicherweise rechnerisch verlängerte Verweildauer einhergeht.

Für alle 124 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.14.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Ein LE weist in der Hüftgelenkversorgung seit Jahren anhaltende rechnerische und qualitative Auffälligkeiten in der präoperativen Verweildauer bei Femurfrakturen (QI ID 54030) auf.

Nach bereits durchgeführtem Kollegialgespräch im AW-Jahr 2021 verschlechterte sich das rechnerisch auffällige Ergebnis im AW-Jahr 2022 erneut. Die eingeforderte Stellungnahme wies für die Fachkommission keine nachvollziehbaren Gründe für die verlängerte präoperative Verweildauer auf, weshalb die Stellungnahme erneut als qualitativ auffällig mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängeln bewertet wurde. Zusätzlich waren Struktur- und Prozessmängel bei der Häufigkeit des Auftretens von allgemeinen Komplikationen (QI ID 54015) erkennbar. Daher wurde im März 2023 erneut ein erweitertes Kollegialgespräch (Begehung) in der Klinik zur Erarbeitung von qualitätsfördernden Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt.

3.15 Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

3.15.1 Datengrundlage

Mit einer Quote von 99,84 % ist die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze in Bayern im AW-Jahr 2022 (=EJ 2021) sehr zufriedenstellend.

Tabelle 34 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Knieendoprothesenversorgung Erfassungsjahr 2021“ des IQTIG

	AW-Jahr	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2022	28.557	28.603	99,84
Bund gesamt	2022	161.877	161.188	100,43

3.15.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 35 Ergebnisse QS KEP Land/Bund AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz- bereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022	Ergebnis Bund AW-Jahr 2022
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	≥ 90,00 %	98,01 % N = 23.043	97,97 % N = 128.187
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	≥ 90,00 %	97,10 % N = 3.625	97,52 % N = 22.028
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≥ 86,00 %	91,84 % N = 1.936	92,25 % N = 11.776
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	≤ 4,55 % (95. Perzentil)	0,86 % N = 26.618	1,07 % N = 150.114
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 11,45 % (95. Perzentil)	2,89 % N = 1.903	3,20 % N = 11.584
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation	≤ 4,20 % (95. Perzentil)	0,92 % N = 26.765	1,00 % N = 150.801
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 14,29 % (95. Perzentil)	3,93 % N = 1.936	4,19 % N = 11.776
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung (risikoadjustiert)	≤ 5,66 O/E (95. Perzentil)	1,93 O/E N = 27.378	1,22 O/E N = 155.152
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. – Komponentenwechsel	Sentinel Event	0,03 % N = 26.762	0,04 % N = 151.264

Das Verfahren QS KEP umfasst grundsätzlich zehn QI. Der Follow-up-Indikator zu den KEP-Wechseln im 90-Tage-Verlauf (QI ID 54128) wurde im AW-Jahr 2022 jedoch aufgrund des Richtlinienwechsels von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie von Seiten des IQTIG nicht ausgewertet. Daher beschränkt sich die Ergebnisdarstellung auf neun QI.

Erfreulicherweise sind bei den bayerischen Ergebnissen bis auf den QI 54028 keine nennenswerten Ergebnisabweichungen im Vergleich zu den Bundesergebnissen zu verzeichnen. Die risikoadjustierte Rate an Gehunfähigkeiten bei Entlassung zeigt sich in Bayern mit einem Ergebnis von 1,93 im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erhöht. Die Ursachen hierzu werden unter 3.15.3 näher beleuchtet.

3.15.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AW-Jahr 2022 lagen bayernweit insgesamt 119 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS KEP vor. In allen Fällen wurde auf Empfehlung der Fachkommission ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Tabelle 36 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für QS KEP

Stellungnahmeverfahren QS KEP AW-Jahr 2022	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	119
Qualitativ unauffällig	65
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	45
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	20
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	17
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	7
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	10
Sonstiges	0
Sonstiges	37
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	36
Sonstiges	1
STNV noch nicht abgeschlossen	0

Insgesamt wurden 56 % (n=65) der 119 angeforderten Stellungnahmen von der Fachkommission als qualitativ unauffällig bewertet. Neben nachvollziehbar begründeten Einzelfällen (n=44) wurde auch die besondere klinische Situation eines LE von der Fachkommission anerkannt. In 20 weiteren Fällen wurden zwar vereinzelt Dokumentationsfehler festgestellt, das Ausmaß gestaltete sich jedoch in Kombination mit plausibel dargestellten Einzelfällen unbedenklich und wurde von der Fachkommission entsprechend mit einer Bewertung als qualitativ unauffällig eingestuft.

Nach Einschätzung der Fachkommission sind weitere 14 % (n=17) der angeforderten Stellungnahmen als qualitativ auffällig zu bewerten. In 7 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aus den folgenden Gründen gesehen:

- komplexe Versorgungsfälle ohne rechtzeitige Verlegung
- Entlassung erfolgte zu frühzeitig
- QS-Dokumentationen der Belegoperateure stehen dem LE nicht zur Verfügung
- Indikationsstellung/diagnostischer Algorithmus insuffizient
- kein leitliniengerechtes Vorgehen bezüglich der Thromboembolieprophylaxe

In neun Fällen konnten die Gründe für die rechnerische Auffälligkeit aufgrund unzureichender Stellungnahmen von Seiten der Fachkommission nicht ausreichend nachvollzogen werden, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte. Darüber hinaus reichte ein LE trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerung bis zum Ende des Stellungnahmeverfahrens keine Stellungnahme ein.

Etwa 30 % (n=36) aller eingeforderten Stellungnahmen wurden über die Sonstige Bewertung als Dokumentationsfehler eingestuft. Die Dokumentationsfehler sind insbesondere auf fehlerhafte Angaben in den QS-Dokumentationsbögen zu den Feldern des Kellgren-Lawrence-Scores sowie den Indikationskriterien für Wechseleingriffe zurückzuführen. Bezugnehmend auf 3.15.2 konnten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum QI zur Gehunfähigkeit bei Entlassung (QI ID 54028) mehr als die Hälfte der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auf Dokumentationsfehler zurückgeführt werden. Unter Berücksichtigung der rechnerischen Auffälligkeiten, die rein auf Dokumentationsfehler zurückzuführen sind, wäre das Bayernergebnis deutlich verbessert.

Mit einem LE wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.15.4 Weiterführende Maßnahmen).

Für alle 119 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.15.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Für einen LE mit wiederholten Dokumentationsfehlern (zweimal Bewertung mit D80 bzw. D50 in Folge) erfolgte der Abschluss einer Zielvereinbarung als Maßnahme der Stufe 1. Im Rahmen der Zielvereinbarung wurde der LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2022 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

4 Landesverfahren Schlaganfall

Das Landesverfahren Schlaganfall orientiert sich grundsätzlich an den Spezifikationen der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR). Im Rahmen dieser Zusammenarbeit findet einmal jährlich eine Mitgliederversammlung statt. Darüber hinaus tagt zweimal im Jahr die technische Kommission, in der die Weiterentwicklung der Spezifikation des Landesverfahrens erfolgt. Weitere Kooperationen beispielsweise bei den neuartigen Blutungsindikatoren (85/1-BL) erfolgen mit der Landesgeschäftsstelle Hessen. Die endgültige Entscheidung über Anpassungen der bayrischen Spezifikation obliegt jedoch der Fachkommission in Bayern.

4.1 Datengrundlage

Mit einer Quote von 100,5 % ist die Vollständigkeit der eingegangenen Datensätze in Bayern im AW-Jahr 2022 (=EJ 2021) sehr zufriedenstellend. Die leichte Überdokumentation lässt sich in der Regel durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklären.

Tabelle 37 Datengrundlage Landesverfahren Schlaganfall gemäß DAS LAG Bayern

	AW-Jahr	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollständigkeit in %
Bayern gesamt	2022	53.590	53.326	100,5

4.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land

Seit dem AW-Jahr 2022 umfasst das Landesverfahren Schlaganfall neben dem Modul 85/1 mit den regulären Indikatoren zur Schlaganfallversorgung bei Hirninfarkt und transitorischer ischämischer Attacke (TIA) erstmalig das Modul 85/1-BL. Damit erfolgt eine separate Auswertung von intracerebralen Blutungen (ICB) und Subarachnoidalblutungen (SAB), für die im Rahmen des Moduls 85/1-BL ein Set an Blutungsindikatoren entwickelt wurde. In diesem Set sind derzeit sieben QI enthalten, wengleich einige Kennzahlen wie etwa die Physiotherapie in Bearbeitung sind und künftig als QI ausgewiesen werden sollen. Die Überarbeitung erfolgt in zusätzlichen Fachkommissionssitzungen. Mit weiteren 17 QI im Modul 85/1 umfasst das Landesverfahren Schlaganfall im AW-Jahr 2022 insgesamt 24 QI.

Tabelle 38 Ergebnisse Landesverfahren Schlaganfall Land AW-Jahr 2022

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022
85/1 (Hirninfarkt, TIA)			
ADSR02-002	Physiotherapie / Ergotherapie	≥ 90,00 %	96,10 %
ADSR03-003	Logopädie	≥ 90,00 %	95,03 %
ADSR06-001	Antikoagulation bei Vorhofflimmern	≥ 90,00 %	96,05 %
ADSR09-002	Frühzeitige Gefäßdiagnostik	≥ 80,00 %	93,56 %
ADSR12-002	Screening für Schluckstörungen	≥ 90,00 %	95,10 %
ADSR13-005	Erste Bildgebung	≥ 60,00 %	73,37 %
ADSR13-007	CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung	≥ 50,00 %	90,78 %
ADSR14-006	Thrombolyse (nach Protokoll, ohne Altersbeschränkung)	≥ 50,00 %	67,52 %
ADSR15-002	Behandlung auf Stroke Unit	≥ 85,00 %	93,82 %

QI ID	QI Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bayern AW-Jahr 2022
ADSR16a-003	Door to needle time <= 60 Min. (Lyse nach Protokoll, ohne Altersbeschränkung)	≥ 90,00 %	87,36 %
ADSR17-002	Revaskularisation bei symptomatischer Karotisstenose	≥ 70,00 %	84,33 %
ADSR19-001	Rehabilitationsmaßnahmen bei Patient(Inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	≥ 70,00 %	79,84 %
ADSR21-001	Sekundärprävention - Statingabe	≥ 80,00 %	94,98 %
ADSR22-001	VHF-Diagnostik	≥ 80,00 %	94,06 %
ADSR23-001	Intraarterielle Therapie (Zeitfenster <= 6 Stunden)	≥ 50,00 %	72,83 %
ADSR25-001	Door-to-puncture-time <= 90 Minuten	≥ 50,00 %	61,72 %
ADSR27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels	≥ 80,00 %	88,73 %
Blutungsindikatoren 85/1-BL (SAB, ICB)			
ADSR12-ICB	Screening für Schluckstörungen bei Patient(Inn)en mit intracerebraler Blutung	≥ 90,00 %	89,32 %
ADSR13-ICB	Erste Bildgebung bei Patient(Inn)en mit intracerebraler Blutung	≥ 60,00 %	72,93 %
ADSR13-SAB	Erste Bildgebung bei Patient(Inn)en mit Subarachnoidalblutung	≥ 60,00 %	56,15 %
ADSR15-ICB	Behandlung auf Stroke Unit/ITS bei Patient(Inn)en mit intracerebraler Blutung	≥ 85,00 %	94,45 %
ADSR15-SAB	Behandlung auf Stroke Unit/ITS bei Patient(Inn)en mit Subarachnoidalblutung	≥ 85,00 %	96,40 %
ADSR19-ICB	Rehabilitationsmaßnahmen bei Patient(Inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	≥ 70,00 %	90,81 %
ADSR19-SAB	Rehabilitationsmaßnahmen bei Patient(Inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	≥ 70,00 %	88,07 %

Mit Ausnahme des QI „Door-to-needle-time <= 60 Min.“ (QI ID ADSR16a-003) sind im Modul 85/1 keine Abweichungen der bayrischen Ergebnisse vom Referenzwert zu verzeichnen. Das Ergebnis des QI ADSR16a-003 weist jedoch seit Jahren eine anhaltende Abweichung vom Referenzwert auf, wenngleich sich der Wert im AW-Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr um einen Prozentpunkt verbessert hat. Eine Häufung an rechnerischen Auffälligkeiten in diesem QI zeigt sich insbesondere bei Kliniken mit einer sehr geringen Fallzahl, da bereits Einzelfälle eine rechnerische Auffälligkeit auslösen. Die Routine in der akuten Schlaganfallversorgung kann bei geringer Fallzahl jedoch oft in Frage gestellt werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden im AW-Jahr 2022 sogar mehr als die Hälfte der Stellungnahmen als qualitativ auffällig eingestuft. Kliniken mit qualitativen Auffälligkeiten in diesem QI stehen bei der Fachkommission unter besonderer Beobachtung.

Im Modul 85/1-BL zeigen die Ergebnisse der QI zum Screening für Schluckstörungen und zur ersten Bildgebung (QI ID ADSR12-ICB, ADSR13-SAB) Abweichungen vom Referenzwert. Die Ergebnisse sind aufgrund der Dokumentationsqualität und Datenlage im ersten AW-Jahr jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Weitere Adjustierungen der QI sind geplant.

4.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Aufgrund der Neuartigkeit der Blutungsindikatoren wird im Modul 85/1-BL derzeit noch auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet.

Im Modul 85/1 lagen im AW-Jahr 2022 bayernweit insgesamt 477 rechnerische Auffälligkeiten vor. Im Landesverfahren Schlaganfall steht neben der rechnerischen Auffälligkeit auch die statistische Auffälligkeit als Auswahlkriterium zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zur Verfügung. Daher grenzte die Fachkommission bei einem Großteil der QI das Stellungnahmeverfahren auf LE mit statistisch auffälligen Ergebnissen ein. Als weiteres Auswahlkriterium wurde bei einigen QI die Gesamtfallzahl des LE verwendet. Unter Berücksichtigung der von der Fachkommission Indikator-spezifisch getroffenen Auswahlkriterien wurde in 118 Fällen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Tabelle 39 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AW-Jahr 2022 für das Landesverfahren Schlaganfall

Stellungnahmeverfahren Landesverfahren Schlaganfall AW-Jahr 2022	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	118
Qualitativ unauffällig	51
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	44
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	6
Sonstiges	1
Qualitativ auffällig	40
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	29
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	3
Sonstiges	8
Sonstiges	27
Unvollständige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	15
Sonstiges	12
STNV noch nicht abgeschlossen	0

Nach Einschätzung der Fachkommission sind insgesamt 43 % (n=51) der 118 angeforderten Stellungnahmen als qualitativ unauffällig zu bewerten. Neben nachvollziehbar begründeten Einzelfällen (n=38) wurde auch die besondere klinische Situation von LE aufgrund der Covid-19-Pandemie in sechs Fällen von der Fachkommission anerkannt. In sechs weiteren Fällen wurden zwar vereinzelt Dokumentationsfehler festgestellt, das Ausmaß gestaltete sich jedoch in Kombination mit plausibel dargestellten Einzelfällen unbedenklich und wurde von der Fachkommission entsprechend mit einer Bewertung als qualitativ unauffällig eingestuft.

34 % (n=40) der Stellungnahmen erachtete die Fachkommission als qualitativ auffällig. In 29 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aus den folgenden Gründen gesehen:

- fehlende logopädische Versorgung/Durchführung eines Schluckscreenings
- Mangel an geschultem Personal zur Gefäßdiagnostik
- nicht nachvollziehbare Verzögerungen bei den Prozesszeiten
- Verbesserungsbedarf in der Netzwerkkoordination
- fehlender Bezug zum QI

In einem Fall konnten die Gründe für die rechnerische Auffälligkeit aufgrund unzureichender Stellungnahme von Seiten der Fachkommission nicht ausreichend nachvollzogen werden, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig (A72) erfolgte. Darüber hinaus reichten zwei LE trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerung bis zum Ende des Stellungnahmeverfahrens keine Stellungnahme ein. Als qualitativ auffällig mit einer sonstigen Begründung erachtete die Fachkommission außerdem acht Stellungnahmen, in denen einzelne Struktur- und Prozessmängel ersichtlich waren und die Fallzahlen für eine routinierte akute Schlaganfallversorgung zu gering erschienen.

Weitere 15 Stellungnahmen (13 %) wurden als Dokumentationsfehler eingestuft. Die Dokumentationsfehler sind insbesondere auf fehlerhafte Angaben in den QS-Dokumentationsbögen zu den Feldern der Logopädie und Karotis-Revaskularisation sowie auf Missverständnisse bei der Dokumentation von veranlassten, jedoch von Patient:innen abgelehnten Rehabilitationsmaßnahmen zurückzuführen. Weitere Dokumentationsprobleme bestehen bei der Angabe von Verlegungen sowie bei der Erfassung von indikatorrelevanten Prozesszeiten. Mit einem LE wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 4.5 Weiterführende Maßnahmen).

Bei LE, die am Flying Intervention Team (FIT)-Projekt im Rahmen des Telemedizinisches Schlaganfall Netzwerk Süd Ost Bayern (TEMPiS)-Netzwerkes teilnehmen, sind in dem QI ADSR25-001 stets verlängerte Ankunftszeiten der Interventionalisten zu erwarten. Da eine Evaluation hinsichtlich der Prozesszeiten innerhalb des TEMPiS-Projektes ohnehin erfolgt und der Fachkommission nur bedingt möglich wäre, wurde die Bewertung der Stellungnahmen in 12 Fällen mit einer Sonstigen Bewertung „S99“ gewählt.

Für alle 118 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse konnte das Stellungnahmeverfahren abgeschlossen werden.

4.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Landesverfahren Schlaganfall erfolgte neben dem Stellungnahmeverfahren zu den QI zusätzlich ein Stellungnahmeverfahren zu den Auffälligkeitskriterien (AK) AK-MDS02 (Modul 85/1) und AK-MDS04 (Modul 85/1-BL) „Häufige Verwendung von „sonstiges“ als Kriterium für den Minimaldatensatz“.

Tabelle 40 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien Schlaganfall AW-Jahr 2022

Modul	STNV eingeleitet	Bewertung	
		Dokumentation korrekt	Dokumentationsfehler
85/1	8	0	8
85/1-BL	11	0	11
Gesamt	19	0	19

In 19 Fällen wurde im AW-Jahr 2022 ein Stellungnahmeverfahren zu den AK eingeleitet. In allen Stellungnahmen kam es zu unzulässigen Anlagen von Minimaldatensätzen. Als häufigste Ursache dafür wurde eine fehlende Einarbeitung sowie keine endgültige Kontrolle vor dem Absenden der Minimaldatensätze genannt. Die LE wurden entsprechend auf das erforderliche korrekte Anlegen von QS-Bögen hingewiesen. Die Ergebnisentwicklung in diesen AK wird weiter kritisch nachverfolgt.

4.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Für einen LE mit wiederholten Dokumentationsfehlern (zweimal Bewertung mit D80 bzw. D50 in Folge) erfolgte der Abschluss einer Zielvereinbarung als Maßnahme der Stufe 1. Im Rahmen der Zielvereinbarung wurde der LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2022 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

5 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

5.1 Durchführung des klärenden Dialogs

In Bayern wurde zur Umsetzung der Aufgaben im Rahmen der QFR-Richtlinie eine Fachgruppe gemäß § 8 Abs. 2 QFR-Richtlinie gebildet. Die Mitglieder der Fachgruppe im Jahr 2022 setzen sich zusammen aus Vertreter:innen der BKG, des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP), der Patientenvertretung (PatV), der Landesverbände der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes (MD) Bayern sowie der Geschäftsstelle der LAG Bayern GbR.

Hauptaufgabe der Fachgruppe ist es, den klärenden Dialog mit jedem Krankenhaus, dessen Perinatalzentrum die Anforderungen an die pflegerische Versorgung unter I.2.2 oder II.2.2 der QFR-Richtlinie ab dem 01.01.2017 nicht erfüllt, zu führen. Ein zentrales Element des klärenden Dialogs war und ist dabei der Abschluss von Zielvereinbarungen gemäß § 8 Abs. 6 QFR-Richtlinie mit den meldenden Kliniken. Weiterhin bereitet die Fachgruppe die Berichterstattung des Lenkungsgremiums an den G-BA gemäß § 8 Abs. 11 QFR-Richtlinie inhaltlich vor.

Die Fachgruppe tagte im Berichtszeitraum 2022 an fünf Terminen. Sie führte mit allen vom G-BA gemeldeten Kliniken einen schriftlichen Dialog und schloss mit ihnen Zielvereinbarungen. Insgesamt befanden sich im vergangenen Kalenderjahr 19 Standorte (von insgesamt 34 Perinatalzentren) in einem klärenden Dialog.

Hauptursache für die Nichterfüllung der pflegerischen Anforderungen der QFR-Richtlinie ist dabei der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt. Dieser kann nicht ausreichend ausgeglichen werden trotz vielfältigen Qualifikations- und Personalbindungsmaßnahmen und Anwerbungen von Pflegenden aus dem In- und Ausland.

Ausführliche Informationen zur Umsetzung der QFR-Richtlinie in Bayern sind im Bericht des Lenkungsgremiums, der jährlich an den G-BA erfolgen muss, zu finden.

5.2 NICU Datenvalidierung

Jedes Jahr werden Daten zu neonatologischen Sterbefällen der „neonatal intensive care units“ (NICU) auf dem Informationsportal des IQTIG zum Thema Frühgeborenenversorgung (www.perinatalzentren.org) zur Verfügung gestellt. Um zu gewährleisten, dass es sich um valide Daten handelt, bittet das IQTIG die jeweiligen LAGen um Mithilfe bei der Datenvalidierung dieser Sterbefälle.

Datenproblematiken bei Sterbefällen lassen sich in drei Kategorien einteilen:

- a. Es existieren Abrechnungsdaten zu einem Sterbefall, aber keine passende Qualitätssicherungsdokumentation;
- b. Es existiert eine Qualitätssicherungsdokumentation, aber keine passenden Abrechnungsdaten dazu;
- c. Es gab Probleme oder Abweichungen bei der Zusammenführung von Abrechnungsdaten und Qualitätssicherungsdaten.

Im Zuge dessen wurden insgesamt elf Dokumentationsprobleme bei neun LE aufgeklärt und an das IQTIG übermittelt. Häufig findet sich bei fehlender Qualitätssicherungsdokumentation die Problematik, dass LE für Frühgeburten mit einem Gestationsalter von kleiner gleich 21 Schwangerschaftswochen und 6 Tagen einen Minimaldatensatz angelegt haben, an Stelle einer regulären Dokumentation, wie es seit dem EJ 2020 vom

IQTIG gefordert wird. In diesen Fällen wurden die LE zusätzlich über die Änderungen zur Verwendung eines Minimaldatensatzes informiert. In zwei Fällen wurde ein ärztlich eingeleiteter Abort nicht als solcher abgerechnet und wurde damit, nicht wie vorgesehen, aus der Dokumentationspflicht ausgeschlossen.

6 Weitere Tätigkeiten der LAG Geschäftsstelle

6.1 Datenvalidierung

Die statistische Basisprüfung gemäß DeQS-RL erfolgt jährlich parallel zum Stellungnahmeverfahren der QI. Hierfür hat das IQTIG ein Set an Auffälligkeitskriterien (AK) festgelegt anhand derer die übermittelten Daten auf Vollständigkeit, Vollständigkeit und Plausibilität geprüft werden.

Tabelle 41 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien AW-Jahr 2022

QS-Verfahren	STNV eingeleitet	Bewertung	
		Dokumentation korrekt	Dokumentationsfehler/ Keine Antwort/Sonstiges
QS PCI	38	2	36
QS WI		<i>Derzeit keine AK vorgesehen</i>	
QS CHE		<i>Derzeit keine AK vorgesehen</i>	
QS NET		<i>Derzeit keine AK vorgesehen</i>	
QS KAROTIS	6	4	2
QS CAP	17	11	6
QS MC	19	5	14
QS GYN-OP	31	6	25
QS DEK	34	3	31
QS HSMDEF	29	2	27
QS PM	55	24	31
QS HGVS	47	9	38
QS KEP	16	4	12
Gesamt	292	70	222

Im AW-Jahr 2022 wurde zu allen 292 rechnerisch auffälligen AK ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In 70 Fällen (24 %) konnte eine korrekte Dokumentation anhand der eingereichten Stellungnahme berichtet werden. In den übrigen 76 % der Stellungnahmen lagen Dokumentationsfehler/Sonstige Gründe (N=216) vor oder es erfolgte keine Einreichung einer Stellungnahme (N=6).

Über die statistische Basisprüfung hinaus sieht die DeQS-Richtlinie derzeit keine weitere Datenvalidierung vor.

6.2 Öffentlichkeitsarbeit

Die LAG Geschäftsstelle ist stets bestrebt, die LE über bestehende Verfahren, Neuerungen und aktuelle Entwicklungen der externen Qualitätssicherung serviceorientiert zu informieren und den Austausch zwischen den LE und der Geschäftsstelle zu fördern.

6.2.1 Webseite der LAG Bayern

Als zentrale Informationsquelle wurde mit der Neugründung der LAG Bayern GbR auch die neue, offizielle Webseite (<https://lag-by.de/>) in Betrieb genommen. Die Webseite wurde von der Geschäftsstelle während der Phase des Betriebsübergangs von der BAQ auf die LAG Bayern GbR eigenverantwortlich konzipiert, gestaltet und implementiert. Die Webseite dient LE sowie anderen interessierten Gruppen zur Information über Aufbau und Strukturen der LAG Bayern, sämtliche QS-Verfahren (DeQS-RL, plan. QI-RL sowie Landesverfahren Schlaganfall), den allgemeinen Verfahrensablauf inkl. Fristen und aktuelle Themen bzw. Änderungen. Die Geschäftsstelle ist weiterhin verantwortlich für redaktionelle Aktualisierungen, den datenschutzkonformen Betrieb und die Wartung der Webseite.

6.2.2 Online-Seminare und Fortbildungen

Zur weiteren fachlichen Information wurden in 2022 von der LAG Geschäftsstelle drei Online-Seminare angeboten. So konnten sich LE und weitere Interessierte einfach und kostenfrei zu relevanten Themen der datengestützten Qualitätssicherung informieren:

- Qualitätssicherung – Basiswissen für Neulinge
- QS-Portal der LAG Bayern
- IQTIG Auswertungen

Nach einem jeweils 30- bis 45-minütigen fachlichen Vortrag der LAG Geschäftsstelle hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit in einer moderierten Diskussion Fragen zu stellen. Aufzeichnungen der Online-Seminare sowie Handouts stehen zudem auf der Webseite der LAG Bayern zur Verfügung, sodass die Informationen jederzeit abrufbar sind.

Insgesamt meldeten sich für die Online-Seminare 425 Teilnehmende an. Das Format von Online-Seminaren in kleinen Themenblöcken wurde von den Teilnehmenden sehr gut angenommen und die LAG Geschäftsstelle erhielt durchwegs positives Feedback.

Auf Anfrage der Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung Bayern beteiligte sich die Geschäftsstelle an zwei Fortbildungsveranstaltungen für Patientenvertreter:innen. Eine Mitarbeiterin der Geschäftsstelle informierte über Grundlagen der datengestützten Qualitätssicherung gemäß DeQS-Richtlinie und die Rolle der Patientenvertretung in der Qualitätssicherung. Auf Basis dieser Informationen konnten sich die Teilnehmenden ein Bild von der Arbeit in den Fachkommissionen machen. Die Koordinierungsstelle konnte darauf hin interessierte Mitglieder für die Patientenvertretung in den Fachkommissionen der LAG Bayern vorschlagen.

6.2.3 Infomails

Die LAG Geschäftsstelle informiert regelmäßig via *LAG Infomail* die breite Öffentlichkeit über relevante Änderungen und Neuigkeiten in den Verfahren der datengestützten sektorenübergreifenden QS. Registrierte Nutzer:innen erhalten die Informationen per E-Mail. Auf diesem Wege werden regelmäßig ca. 680 Personen erreicht, darunter insbesondere QS-Verantwortliche aus den bayerischen Kliniken. Zusätzlich stehen die versendeten Infomails allen Interessierten auf der Webseite der LAG Bayern jederzeit zum Nachlesen zur Verfügung. Ab dem 2. Quartal 2022 wurden insgesamt 27 LAG Infomails versendet. Im 1. Quartal wurden diese Informationen noch über BAQ Infomails bereitgestellt.

6.2.4 Münchner Konferenz

Die 40. Münchner Konferenz für Qualitätssicherung (Geburtshilfe, Neonatologie, Operative Gynäkologie und Mammachirurgie) fand am 3. und 4. November 2022 statt. Die Konferenz wurde gemeinsam von der LAG Bayern GbR, der Bayerischen Landesärztekammer und dem IQTIG veranstaltet und auch im Jahr 2022 wieder virtuell als Web-Konferenz durchgeführt. Die Münchner Konferenz dient dem Informations- und Erfahrungsaustausch für alle beteiligten LE und Institutionen in den oben genannten bundesweiten Qualitätssicherungsverfahren.

Zur „Zukunft der gesetzlichen Qualitätssicherung“ wurde im Podium 1 u. a. über die Themen Behandlung in spezialisierten Kliniken, eine deutliche Entbürokratisierung und die sehr langen Zeiträume zwischen Datenerhebung und Rückspiegelung der Ergebnisse referiert und diskutiert.

Im Podium 2 „Zukunft der geburtshilflichen Versorgungsstrukturen“ war zentrales Thema der Hebammenmangel. Hier wurden verschiedene Kreißsaal-Modelle in Deutschland mit Status quo sowie ein Blick in die Zukunft vorgestellt.

Im Podium 3 „Aktuelles aus den Richtlinien“ wurde als neues Element der externen Qualitätssicherung das Projekt Patientenbefragungen vorgestellt, welches sich derzeit im QS-Verfahren PCI in der Erprobungsphase befindet. Vom Klinikum der Universität München wurde das Forschungsprojekt „Maria und Josef“ präsentiert, welches den Pflegepersonalmangel der neonatologischen Intensivstationen und dessen Auswirkungen auf das Verlegungsaufkommen von Neugeborenen analysiert.

Die Veranstaltung erzielte sehr gutes Feedback und erfreute sich an beiden Veranstaltungstagen über eine sehr hohe Teilnehmerzahl.

6.3 Implementierung QS-Portal

Zur Vereinfachung von Prozessen und im Zuge der voranschreitenden Digitalisierung der Geschäftsstelle wurde im Frühjahr 2022 ein sog. *QS-Portal* eingeführt. Das QS-Portal dient als sicheres Austauschportal mit LE und bietet diverse Funktionalitäten:

- *Registrierung und Authentifizierung*
Von der Klinikleitung legitimierte Personen werden als Qualitätsbeauftragte der LE registriert, eine Rollenverwaltung zur Einschränkung der Sichtbarkeit von Daten und Verfügbarkeit von Funktionalitäten im QS-Portal ist zudem möglich.
- *Soll-Ist-Übersicht*
Gegenüberstellung von Soll- und Ist-Zahlen mit der Möglichkeit, diese für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu kommentieren.
- *Dokumente*
Sichere Bereitstellung von Informationsschreiben und weiteren (vertraulichen) Dokumenten.
- *Berichte*
Bereitstellung und Downloadfunktion der von der Bundesauswertungsstelle IQTIG und der Landesstelle erstellten Rückmeldeberichte an die LE.
- *Stellungnahmeverfahren*
Darstellung der Ergebnisse der QI-Auswertung des IQTIG, Anzeige von Anfragen im Stellungnahmeverfahren, Beantwortung der Anfragen gemäß § 17 Abs. 2 der DeQS-Richtlinie, Darstellung der Bewertungen rechnerisch auffälliger Ergebnisse mit der Möglichkeit diese für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu kommentieren

Die Kommunikation der Mitarbeitenden der LAG Geschäftsstelle mit den LE erfolgt über das QS-Portal im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens komplett pseudonymisiert und gewährleistet somit die Einhaltung aller

Anforderungen der DeQS-Richtlinie. LE mit auffälligen Ergebnissen werden so lange anhand des LE - Pseudonyms identifiziert und behandelt, bis eine Depseudonymisierung über die Datenannahmestelle zwingend erforderlich ist, z. B. bei der Durchführung weiterführender Maßnahmen.

Im Zuge der Einführung des QS-Portals wurden im Frühjahr 2022 von der Datenannahmestelle 475 zuständige Ansprechpartner:innen der stationären LE registriert. Um die LE bestmöglich auf die Einführung des QS-Portals vorzubereiten, fanden im April und Mai 2022 zwei Online-Seminare statt (siehe auch 6.2.2), in der alle Funktionen und der Ablauf der Registrierung ausführlich erläutert wurden. Die Mitarbeiter:innen der Datenannahmestelle der LAG Bayern stellen den laufenden Support für LE rund um das QS-Portal sicher.

6.4 Datenschutz

Um den datenschutzrechtlichen Anforderungen gerecht zu werden und die Strukturen und Prozesse der LAG Bayern zukunftssicher zu gestalten, beauftragte die LAG Bayern eine externe Datenschutzbeauftragte. Im Geschäftsjahr 2022 lag der Schwerpunkt der Tätigkeiten unter anderem in der Erstellung:

- einer Datenschutz-Richtlinie inkl. Erstellung eines Ablaufplans bei Datenschutzvorfällen;
- einer Prozessübersicht zur Geltendmachung von Betroffenenrechten;
- von Musterschreiben nach Artikel 13, 14 DSGVO für Mitarbeiter:innen und Bewerber:innen;
- eines Verarbeitungsverzeichnisses gem. Art. 30 DSGVO sowie
- von technisch-organisatorischen Maßnahmen (sog. TOMs).

Darüber hinaus fanden für alle Mitarbeitenden Datenschulungen statt. Die Datenschutzbeauftragte übernahm darüber hinaus die datenschutzrechtliche Überprüfung der neuen Webseite der LAG Bayern sowie von Auftragsverarbeitungsverträgen externer Dienstleister.

Für das kommende Geschäftsjahr 2023 ist eine ausführliche Gap-Analyse (Lückenanalyse) und daraus resultierend eine Weiterentwicklung der Verarbeitungstätigkeiten, der technisch-organisatorischen Maßnahmen sowie die Einführung eines Löschkonzepts geplant.

7 Haushalt 2022 gemäß Vorgaben gemäß Teil 1 § 22 Abs. 3 Satz 4 DeQS-RL

Gemäß Teil 1 § 22 Abs. 3 Satz 1 DeQS-RL sind die LAGen verpflichtet, ihren Haushalt sowie einen jährlichen Geschäftsbericht, welche mindestens eine für die Aufgaben nach § 6 differenzierte Übersicht der entstandenen Kosten umfassen, bis spätestens zum 30. Juni des Folgejahres an den G-BA zu übermitteln und zu veröffentlichen. Der G-BA hat mit folgenden Tabellen einheitliche Vorgaben für die Übersichten der entstandenen Kosten sowie die Maßstäbe zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit festgelegt:

Tabelle 42 Ausgaben der LAG Bayern

	Ist 2022 in €
1 Personalkosten (Summe)	689.584,25
1.1 Löhne und Gehälter	433.300,48
1.2 Sozialversicherungsbeiträge	98.539,01
1.3 Sonstige Personalausgaben (Lohnsteuer, Altersversorgung, Berufsgenossenschaft, Versicherungen, ...)	157.694,76
1.4 Fortbildungen/Qualifizierungen	50,00
2 Sach- und Dienstleistungskosten (Summe)	206.838,31
2.1 Miete Geschäftsstelle inkl. Nebenkosten und Strom	83.394,88
2.2 Bürobedarf, Post-, Telefon- und Internetgebühren; Wartung, Instandhaltung, Reparaturen und Reinigung	11.514,90
2.3 Reisekosten Angestellte	1.377,20
2.4 Kosten für von der Richtlinie vorgegebene Fachgremien:	
2.4.1 Bewirtungskosten u.a.	588,89
2.4.2 Kosten für Patientenbeteiligung	4.022,15
2.4.3 Kosten für Fachkommissionsmitglieder	200,00
2.5 Kosten für Auswertestellen/Datenauswertungen (von LAG beauftragte Stelle gemäß DeQS-RL Teil 1 § 6 Absatz 2 (Summe))	<i>Keine externe Stelle beauftragt</i>
2.6 Kosten für Datenannahmestelle (von LAG beauftragte Dritte gemäß DeQS-RL Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 6) (Summe)	<i>Kein Dritter beauftragt</i>
2.7 Sonstige Kosten / Anschaffungen:	
2.7.1 Fachliteratur, Beiträge für Fachgesellschaften, Software und Büromaschinen (Produktwert unter 410 € exkl. Umsatzsteuer)	703,78
2.7.2 Steuer- und Rechtsberatung	18.537,23
2.7.2.1 Davon „Gründungskosten“: Begleitung Betriebsübergang, Aufbau Finanzbuchhaltung, Meldung Finanzamt etc.	18.537,23
2.7.3 Sonstige Fremdleistungen (welche?)	46.956,45
a) EDV- und Systembetreuungskosten	
b) Finanzbuchführung inkl. Jahresabschluss	
c) Lohnbuchführung	
d) Bestellung externer Datenschutzbeauftragter	

	Ist 2022 in €
2.7.4 Sonstiges (Versicherungen, Jahreslizenzen für Software wie QS-Portal und Datenannahme, usw.)	39.542,83
3 Abschreibungen (Summe) (Büroeinrichtung, Hardware und Software im Wert von über 410 € exkl. Umsatzsteuer, Büromaschinen)	13.657,73
Gesamtausgaben (ohne Abschreibungen, d.h. Summe aus 1. und 2.)	896.422,56
Falls zutreffend: Welche Kosten (von 1. und 2.) entfallen auf besondere Aufgabenbereiche der LAG (wie z.B. Landesprojekte)?	<i>nicht abschließend bestimmbar</i>
Gesamtausgaben inkl. Abschreibungen (Summe aus 1., 2., und anteilig 3.)	910.080,29

Zu 1. Personalkosten:

Im ersten Quartal 2022 erfolgte noch wie in den Vorjahren eine befristete Abordnung einzelner Mitarbeiter:innen in die LAG Geschäftsstelle. Berechnungsgrundlage der Personalkosten bilden daher die Arbeitgeberaufwendungen für die jeweils gestellten Mitarbeiter:innen, die nach tatsächlicher Inanspruchnahme in Rechnung gestellt wurden.

Für die Quartale zwei bis vier werden Personalkosten für die direkt bei der LAG Bayern angestellten Mitarbeiter:innen kontiert.

Zu 2. Sach- und Dienstleistungskosten:

- 2.4 Kosten für von der Richtlinie vorgegebene Fachgremien (Summe): die vom G-BA vorgegebene Tabelle zur Veröffentlichung des Haushalts wurde um einen Punkt 2.4.3. *Kosten für Fachkommissionsmitglieder* erweitert. Die Kosten für die Mitglieder der Fachkommissionen tragen zwar (bis auf die PatV) die entsendenden Organisationen selbst, einzelne von der ARGE berufene Mitglieder erhalten ihre Erstattungen allerdings über die LAG Bayern.
- 2.5 Kosten für Auswertestellen/Datenauswertungen (von LAG beauftragte Stelle gemäß DeQS-RL Teil 1 § 6 Absatz 2) (Summe): per Lenkungsgrremiumsbeschluss vom 05.08.2019 übernimmt die Geschäftsstelle der LAG Bayern die Aufgaben einer Auswertungsstelle. Kosten hierfür können nicht separat ausgewiesen werden, sondern sind in den Angaben der Punkte 1 bis 3 enthalten.
- 2.6 Kosten für Datenannahmestelle (von LAG beauftragte Dritte gemäß DeQS-RL Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 6) (Summe): es wurden keine Dritten mit der Datenannahme beauftragt.
- 2.7.2 Steuer- und Rechtsberatung: alle im Jahr 2022 angefallenen Kosten sind im Rahmen der Neugründung angefallen. Insbesondere arbeitsrechtliche Beratung im Hinblick auf den Betriebsübergang, aber auch die Meldung / Korrespondenz mit dem Finanzamt sowie der Aufbau der Finanzbuchhaltung wurden hier kontiert.
- 2.7.4 Sonstiges: Hierunter fallen Lizenzgebühren (u. a. für die Software zur Datenannahme sowie zum QS-Portal), Kosten für Versicherungen (u. a. Vermögensschadenshaftpflichtversicherung), Kosten für die Münchner Konferenz, das Landesprojekt Schlaganfall, Werbekosten etc.

Tabelle 43 Ausgaben für die Funktion der Datenannahmestelle bei der LAG (als „davon“ der Kosten für die LAG insgesamt gemäß Tabelle 42)

	Ist 2022 in €
1 Personalkosten (Summe)	<i>nicht bestimmbar</i>
1.1 Löhne, Gehälter, Sozialversicherungsbeiträge	
1.2 Sonstige Personalausgaben (Altersversorgung, Berufsgenossenschaft, Versicherungen, ...)	
1.3 Fortbildungen/Qualifizierungen	
2 Sach- und Dienstleistungskosten (Summe)	<i>nicht bestimmbar</i>
2.1 Miete inkl. Nebenkosten und Strom	<i>nicht bestimmbar</i>
2.2 Sonstige Sachausgaben: Bürobedarf, Post-, Telefon- und Internetgebühren; Wartung, Instandhaltung, Reparaturen und Reinigung, Fachliteratur, Software und Büromaschinen (Produktwert unter 410 € exkl. Umsatzsteuer) usw.	<i>nicht bestimmbar</i>
2.3 Reisekosten Angestellte	0,00
2.4 Sonstige Aufwendungen (Summe)	<i>nicht bestimmbar</i>
3 Abschreibungen (Summe)	<i>nicht bestimmbar</i>
Gesamtausgaben (ohne Abschreibungen, d.h. Summe aus 1. und 2.)	<i>nicht bestimmbar</i>
Gesamtausgaben inkl. Abschreibungen (Summe aus 1., 2., und anteilig 3.)	<i>nicht bestimmbar</i>

Ausgaben für die Funktion der Datenannahmestelle werden nicht erhoben und können auch in Zukunft nicht gemessen werden, da unter anderem Räumlichkeiten (inkl. Nebenkosten) und Sachausgaben der LAG Geschäftsstelle mitverwendet werden.

Tabelle 44 Begleitstatistik der LAG

		Anzahl (bezogen auf das Kalenderjahr)
LE, die von LAG betreut¹ werden	gesamt	ca. 2.305
	Krankenhäuser	ca. 402
	Vertragsärzte (im Kollektivvertrag)	ca. 1.903
	Vertragsärzte (im Selektivvertrag)	--
Eingeleitete Stellungnahmeverfahren	gesamt	zu 1.190 Qualitätsindikatoren zu 292 Auffälligkeitskriterien
	davon schriftliche Verfahren ²	1.482
	davon Gespräche ²	3
	davon Begehungen ²	0
Fachkommissions-Sitzungen	gesamt	45
Eingeleitete QS-Maßnahmen nach DeQS-RL Teil 1 § 17 Absatz 3 und 4	Stufe 1^{2, 3}	41
	Stufe 2²	2

¹ "Betreuung von Leistungserbringer:innen" wird hier sowie in der DeQS-RL nicht näher definiert. Die hier angegebene Anzahl entspricht den registrierten Kliniken gemäß INEK-Verzeichnis (Stichtag 25.04.2023) bzw. bei Vertragsärzt:innen (im Kollektivvertrag) den dokumentationspflichtigen LE gem. Angaben der KVB (Angabe aus dem Vorjahr).

² auf Basis von Indikatoren-Ergebnissen und entsprechen nicht zwangsläufig Anzahl an LE, bei denen ein Stellungnahmeverfahren oder ein Gespräch durchgeführt wurde.

³ Gemäß Verständnis der LAG Bayern werden Gespräche / Begehungen, die ausschließlich zur Ursachenanalyse einer rechnerischen Auffälligkeit geführt werden, unter „Stellungnahmeverfahren“ geführt. Sobald im Rahmen eines solchen Gesprächs / einer solchen Begehung auch mit dem LE gemeinsam Maßnahmen zur Qualitätsförderung erörtert und i. d. R. im Rahmen einer Zielvereinbarung festgehalten werden, werden diese als Maßnahmen der Stufe 1 gewertet.

8 Impressum

Geschäftsbericht 2022

Herausgeber:

Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Bayern GbR
(LAG Bayern GbR, München)

Gesellschafter: AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, BKK Landesverband Bayern, IKK classic, Knappschaft –
Regionaldirektion München, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Verband
der Ersatzkassen e. V., Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG), Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB),
Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB)

Redaktion und Layout:

Julian Böhm, Mario Callies, Julia Dörsam, Tanja Grath, Jana Held, Jacqueline Holzach, Rebecca Moser, Jeannine
Splett, Pia Wullinger

Redaktionsschluss: 25.04.2023

Kontakt:

Westenriederstraße 19 | 80331 München

Telefon: +49 (0) 89 211590-0

Telefax: +49 (0) 89 211590-20

E-Mail: geschaeftsstelle@lag-by.de

www.lag-by.de

Dieser Bericht einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Sie unterliegen ausschließlich der
Nutzung der LAG Bayern und dürfen ohne ihre Zustimmung weder vervielfältigt noch auf andere Weise von
Dritten verwendet werden.

Alle Rechte vorbehalten. Änderungen und Irrtum vorbehalten.