GESCHÄFTSBERICHT 2023

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

Eva Faltner

Tanja Grath

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 Geschäftsstelle der LAG Bayern 3
2.3 Fachkommissionen 4
2.4 Datenannahmestelle der LAG Bayern 7
2.5 Auswertungsstelle der LAG Bayern 8
3 Qualitätssicherungsmaßnahmen 2023 9
3.1 Allgemeiner Verfahrensablauf 9
3.2 Lenkungsgremium 10
3.3 Übersicht Stellungnahmeverfahren 2023 gemäß DeQS-Richtlinie 11
3.4 Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI) 13
3.5 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) 17
3.6 Cholezystektomie (QS CHE) 18
3.7 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen inkl. Pankreastransplantationen (QS NET) 21
3.8 Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) 22
3.9 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) 24
3.10 Mammachirurgie (QS MC) 27
3.11 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) 30
3.12 Dekubitusprophylaxe (QS DEK) 33
3.13 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) 36
3.14 Perinatalmedizin (QS PM) 41
3.15 Hüftgelenkversorgung (QS HGV) 45
3.16 Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) 49
4 Landesverfahren Schlaganfall 52
4.1 Datengrundlage 52
4.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land 52
4.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren 54
4.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien 55
4.5 Weiterführende Maßnahmen 56
5 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) 57
5.1 Durchführung des klärenden Dialogs 57
5.2 NICU Datenvalidierung 58
6 Weitere Tätigkeiten der LAG Geschäftsstelle 59
6.1 Datenvalidierung 59
6.2 Öffentlichkeitsarbeit 60
6.3 QS-Portal 61

6.4 Datenschutz 61
7 Haushalt 2023 gemäß Vorgaben gemäß Teil 1 § 22 Abs. 3 Satz 4 DeQS-RL 63
8 Impressum 67

Abbildungsverzeichnis

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

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht Fachkommissionen 5
Tabelle 2 Dateneingang der Datenannahmestelle 7
Tabelle 3 Übersicht rechnerischer Auffälligkeiten und eingeleiteter STNV für DeQS-Verfahren im AJ 2023 11
Tabelle 4 Verfahrensübergreifende Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu Qualitätsindikatoren im AJ 2023 12
Tabelle 5 Datengrundlage des AJ 2023 und Vorjahre im Verfahren QS PCI gemäß Angaben der Datenannahmestellen (LAG Bayern, KVB) sowie des IQTIG 13
Tabelle 6 Ergebnisse QS PCI Land/Bund AJ 2023 13
Tabelle 7 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen des AJ 2023 für QS PCI 15
Tabelle 8 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Cholezystektomie Erfassungsjahre 2021 und 2022“ des IQTIG 18
Tabelle 9 Ergebnisse QS CHE Land/Bund AJ 2023 18
Tabelle 10 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS CHE 19
Tabelle 11 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Karotis-Revaskularisation Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG 22
Tabelle 12 Ergebnisse QS KAROTIS Land/Bund AJ 2023 22
Tabelle 13 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS KAROTIS 23
Tabelle 14 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht ambulant erworbene Pneumonie Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG 24
Tabelle 15 Ergebnisse QS CAP Land/Bund AJ 2023 24
Tabelle 16 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS CAP 25
Tabelle 17 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Mammachirgurgie Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG 27
Tabelle 18 Ergebnisse QS MC Land/Bund AJ 2023 27
Tabelle 19 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS MC 28
Tabelle 20 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Gynäkologische Operationen Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG 30
Tabelle 21 Ergebnisse QS GYN-OP Land/Bund AJ 2023 30
Tabelle 22 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS GYN-OP 31
Tabelle 23 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Dekubitusprophylaxe Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG 33
Tabelle 24 Ergebnisse QS DEK Land/Bund AJ 2023 33
Tabelle 25 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen des AJ 2023 für QS DEK 34
Tabelle 26 Datengrundlagen gemäß der Länderberichte der Module im Verfahren QS HSMDEF zum AJ 2023 des IQTIG 36
Tabelle 27 Ergebnisse QS HSMDEF Land/Bund AJ 2023 37
Tabelle 28 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS HSMDEF 39
Tabelle 29 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Perinatalmedizin: Geburtshilfe Erfassungsjahr 2022“ und „Länderbericht Perinatalmedizin: Neonatologie Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG 41
Tabelle 30 Ergebnisse QS PM Land/Bund AJ 2023 41
Tabelle 31 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS PM 43

Tabelle 32 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung Erfassungsjahr 2022“ und „Hüftgelenkversorgung: Hüftendoprothesenversorgung Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG 45
Tabelle 33 Ergebnisse QS HGV Land/Bund AJ 2023 45
Tabelle 34 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS HGV 47
Tabelle 35 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Knieendoprothesenversorgung Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG 49
Tabelle 36 Ergebnisse QS KEP Land/Bund AJ 2023 49
Tabelle 37 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS KEP 50
Tabelle 38 Datengrundlage Landesverfahren Schlaganfall gemäß DAS LAG Bayern 52
Tabelle 39 Ergebnisse Landesverfahren Schlaganfall Land AJ 2023 52
Tabelle 40 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für das Landesverfahren Schlaganfall 54
Tabelle 41 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien Schlaganfall AJ 2023 55
Tabelle 42 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien AJ 2023 59
Tabelle 43 Ausgaben der LAG Bayern 63
Tabelle 44 Ausgaben für die Funktion der Datenannahmestelle bei der LAG 65
Tabelle 45 Begleitstatistik der LAG 66

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ADSR	Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register
AK	Auffälligkeitskriterium
AJ	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	Hüftgelenksendoprothese
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(en)	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
LAG Bayern	Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Bayern
LE	Leistungserbringer:innen
LEAW	Leistungserbringerauswertung
MC	Mammachirurgie
Min.	Minute(n)
NET	Nierenersatztherapie
NET-DIAL	Nierenersatztherapie-Dialyse
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

Abkürzung	Bedeutung
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	Qualitätsindikator Identifikationsnummer
QS	Qualitätssicherung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SAB	Subarachnoidalblutung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
STNV	Stellungnahmeverfahren
TEMPiS	Telemedizinisches Schlaganfall Netzwerk Süd Ost Bayern
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TX	Transplantationsmedizin
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 von 2007 an bis zu 15 Verfahren zum Vergleich, zur Bewertung und zur Kontrolle der Behandlungen, der Behandlungsergebnisse und der organisatorischen Abläufe für die 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) eingerichtet.

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 bisher 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 Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Bayern (LAG Bayern) nahm in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) ihre Tätigkeit zum 01.01.2022 auf. Im Jahr 2023 befand sich die Geschäftsstelle im zweiten Jahr ihrer Tätigkeit.

Zum Berichtsjahr 2023 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)

Die QS-Verfahren zur Transplantationsmedizin und Herzchirurgie sind bundesbezogene Verfahren, bei denen die LAG Bayern GbR lediglich die Aufgabe der Datenannahmestelle für die Krankenhäuser innehat.

Die LAG Bayern übernimmt weitere, ihr zugeschriebene Aufgaben. So führte die LAG Bayern GbR zum Beispiel im Jahr 2023 die Evaluation der Daten nach Richtlinien des G-BA zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) durch, führt Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) durch und übernimmt Aufgaben im Rahmen von landesspezifischen, verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V. Für Bayern ist dies das Landesverfahren Schlaganfall.

2 Organe und Gremien der LAG Bayern

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

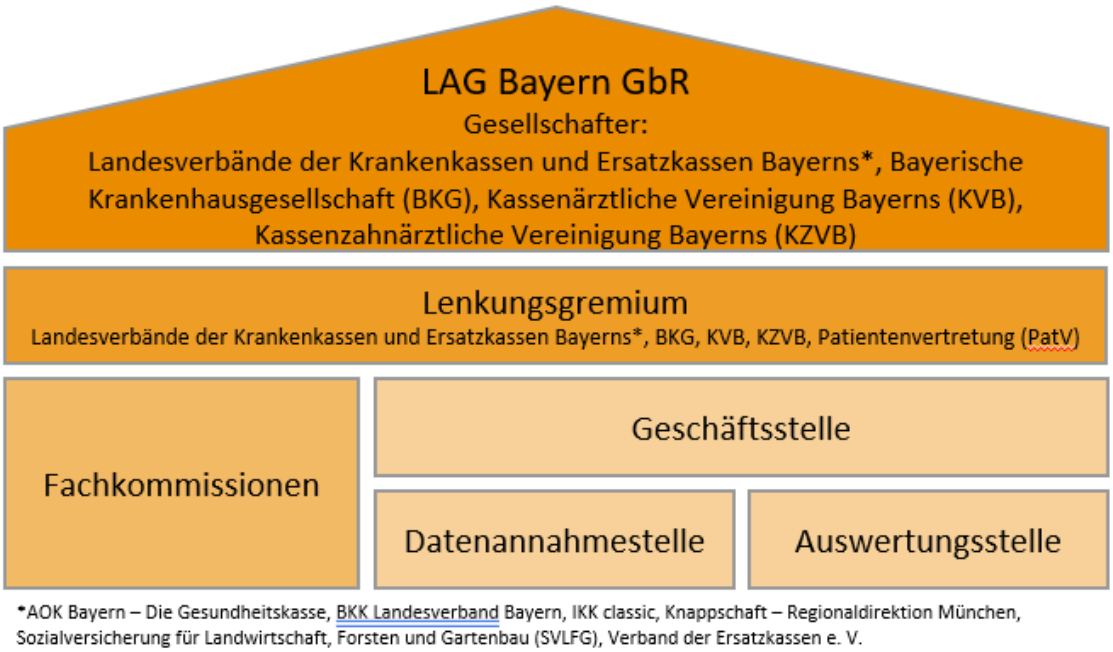

Abbildung 1 Organe und Gremien der LAG Bayern GbR

2.1 Gesellschafterversammlung

Die Gesellschafter beschließen in allen durch zwingendes Gesetzesrecht oder im Gesellschaftervertrag bestimmten Fällen. Der Vorsitz der Gesellschafterversammlung oblag im Geschäftsjahr 2023 der KVB – Kassenärztliche Vereinigung Bayerns.

Die Gesellschafterversammlung tagte am 11.05.2023 und 08.11.2023. Es wurde zudem ein Beschluss im schriftlichen Umlaufverfahren getroffen.

2.2 Geschäftsstelle der LAG Bayern

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

Die bereits 2022 eingesetzte kommissarische Geschäftsführung führte bis 31.12.2023 die Geschäfte der LAG Bayern GbR. Zum Ende des Geschäftsjahres 2023 waren neun Mitarbeitende in der Geschäftsstelle tätig. Darüber hinaus wurde eine Mitarbeiterin der KVB stundenweise in die Geschäftsstelle abgeordnet.

Im Geschäftsjahr 2023 lag der Schwerpunkt der Tätigkeiten in der

- administrativen Unterstützung der Gesellschafterversammlung und des Lenkungsgremiums in seiner Arbeit und bei der Umsetzung der Beschlüsse,
- Betreuung der 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. Pflege der Website, Informationsschreiben u.v.m., sowie
- in der Erstellung eines jährlichen Geschäftsberichts.

Laut Gesellschaftervertrag liegt der Schwerpunkt der Arbeit der LAG Bayern GbR nicht nur in der Durchführung, sondern auch in der Weiterentwicklung der QS-Verfahren nach DeQS-Richtlinie. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, beteiligte sich die LAG Bayern GbR auch 2023 wieder an einer Reihe von Arbeitsgruppen und Vernetzungstreffen auf Bundesebene. Neben einem regelhaft etablierten Austausch mit den Landesarbeitsgemeinschaften aller Bundesländer, dem IQTIG, dem G-BA und der KBV brachte sich die LAG Bayern GbR u. a. in der Projektgruppe „Rückmeldeberichte des IQTIG“ aktiv ein und nahm an Surveys des IQTIG z. B. zur Eckpunktebeauftragung „Weiterentwicklung von QS-Verfahren (PCI, HSMDEF, KEP)“ teil.

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

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

2.3 Fachkommissionen

Die fachlich-inhaltliche Durchführung der Aufgaben der LAG übernehmen verfahrensbezogene Fachkommissionen. Zu deren Aufgaben zählen:

- die fachliche Bewertung der Ergebnisse der Länderauswertungen für Bayern,
- 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 2023 waren folgende Fachkommissionen tätig:

Tabelle 1 Übersicht Fachkommissionen

	Sitzungstermine	Inhalt der Sitzung	Sitzungsdauer in Minuten
Verfahren 1 – QS PCI	05.07.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	200
	11.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen in drei Gruppen	150
	15.11.2023	Durchführung von zwei Kollegialgesprächen	150
Verfahren 2 – QS WI	28.07.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	60
	18.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen	120
	15.11.2023	Bewertung von Stellungnahmen	120
Verfahren 3 – QS CHE	10.07.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	75
	13.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen	200
	20.11.2023	Bewertung von Stellungnahmen	60
Verfahren 4 – QS NET	12.07.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	105
	10.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen	120
Verfahren 7 – QS KAROTIS	22.06.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	90
	06.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen	120
	12.12.2023	Bewertung von Stellungnahmen	45
Verfahren 8 – QS CAP	11.07.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	135
	05.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	210
	17.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	180
Verfahren 9 – QS MC	29.06.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	90
	16.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	105
	[25.10.2023 bis 14.11.2023]	Bewertung von Stellungnahmen im schriftlichen Umlaufverfahren	--
Verfahren 10 – QS GYN- OP	27.06.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	60
	05.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen in erster Gruppe	120
	10.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen in zweiter Gruppe	90
	[11.10.2023 bis 13.11.2023]	Bewertung von Stellungnahmen im schriftlichen Umlaufverfahren	--
	17.01.2024	Durchführung eines Kollegialgesprächs	90
Verfahren 11 – QS DEK	23.05.2023	Durchführung eines erweiterten Kollegialgesprächs mit Beteiligung von Vertreter:innen des LAG Lenkungsgremiums	150
	27.06.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	90

	26.09.2023	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen (Teil 1, Zusatztermin erforderlich)	165
	10.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen (Teil 2)	120
	14.11.2023	Durchführung einer Klinikbegehung mit Beteiligung von Vertreter:innen des LAG Lenkungsgremiums	120
Verfahren 12 – QS HSMDEF	09.02.2023	Durchführung eines Kollegialgesprächs (zum AJ 2022)	100
	03.07.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	150
	16.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	240
	14.12.2023	Durchführung von zwei Kollegialgesprächen (zum AJ 2023)	150
Verfahren 13 – QS PM-GEBH	26.06.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	90
	09.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen	120
	09.10.2023	Durchführung von einem Kollegialgesprächen	90
Verfahren 13 – QS PM-NEO	26.06.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	90
	09.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen	120
	09.10.2024	Durchführung von einem Kollegialgespräch	90
	29.01.2024	Durchführung von einem Kollegialgespräch	90
	24.01.2024	Zusätzliche Nachbesprechung zur Bewertung von Stellungnahmen	30
Verfahren 14 – QS HGV	06.07.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	180
	12.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen	240
	13.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen	120
	11.01.2024	Durchführung eines Kollegialgesprächs	90
Verfahren 15 – QS KEP	04.07.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	120
	18.10.2023	Bewertung von Stellungnahmen	180
	14.11.2023	Bewertung von Stellungnahmen	60
Landesverfahren - Schlaganfall	23.03.2023	Workshop Blutungsindikatoren mit Hessen	120
	25.05.2023	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	120
	28.09.2023	Bewertung von Stellungnahmen	240
∑ 15 Fachkommissionen	**∑ 52 Sitzungen**		**∑ 6.170 Min.**

Über die Ergebnisse aus den Fachkommissionssitzungen wurde in den Sitzungen des Lenkungsgremiums sowie mittels Sitzungsprotokolle berichtet.

Eine umfangreiche Zusammenfassung des Stellungnahmeverfahrens der einzelnen QS-Verfahren findet sich in Kapitel 3.

2.4 Datenannahmestelle der LAG Bayern

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

- Annahme der von den LE übermittelten Daten
- Annahme der deskriptiven Statistik 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 Datenübermittlung
- Pseudonymisierung der LE-identifizierenden Daten durch ein je QS-Verfahren spezifisches Pseudonym
- Weiterleitung der Daten an die beteiligten Verfahrensteilnehmer (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	24.357	622.552
Sollstatistiken	1.121	-
Risikostatistiken	530	-
Erhebungsbogen Schlaganfall (Bayern)	2.025	52.835
Gesamt	**28.033**	**675.387**

2.5 Auswertungsstelle der LAG Bayern

Die Auswertungsstelle der LAG Bayern ist für Sonderauswertungen, Datenvisualisierung und Automatisierung von Abläufen zuständig. Im Geschäftsjahr 2023 lag der Schwerpunkt der Tätigkeiten in:

- der Erstellung von Übersichten und Grafiken von länderbezogenen Ergebnissen für die Fachkommissionen;
- der automatisierten Erstellung von PDF-Dokumenten, die als Grundlage für die Bewertungen im STNV durch die Fachkommissionen dienen;
- dem automatisierten Einlesen der Bewertungen im STNV;
- der Erstellung von Sonderauswertungen zur Unterstützung des STNV und auf Anfrage durch LE;
- der 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 Ergebnissen 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.

Die mandantenfähige Datenbank wird durch das IQTIG ständig weiterentwickelt, allerdings ist die Darstellung und Visualisierung der Daten nicht immer auf die Bedürfnisse der LAG, der LE oder der Fachkommissionen ausgerichtet. Aus diesen Gründen ist die Erstellung von Sonderauswertungen zur Unterstützung notwendig. Da ein maschinelles bzw. automatisiertes Bearbeiten von Daten aus der mandantenfähigen Datenbank nicht möglich ist, sind Sonderauswertungen für Referent:innen und Fachkommissionen deutlich erschwert zu erstellen. Um eine fachlich fundierte Beurteilung der Qualitätsindikatoren durch die Fachkommissionsmitglieder möglich zu machen, sind solche Auswertungen jedoch erforderlich. Da die LAG keinen Zugriff auf die Rohdaten der Leistungserbringer hat, muss der Umweg über die mandantenfähige Datenbank gegangen werden, was 2023 einen erhöhten Personalaufwand der Auswertungsstelle mit sich brachte.

3 Qualitätssicherungsmaßnahmen 2023

3.1 Allgemeiner Verfahrensablauf

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

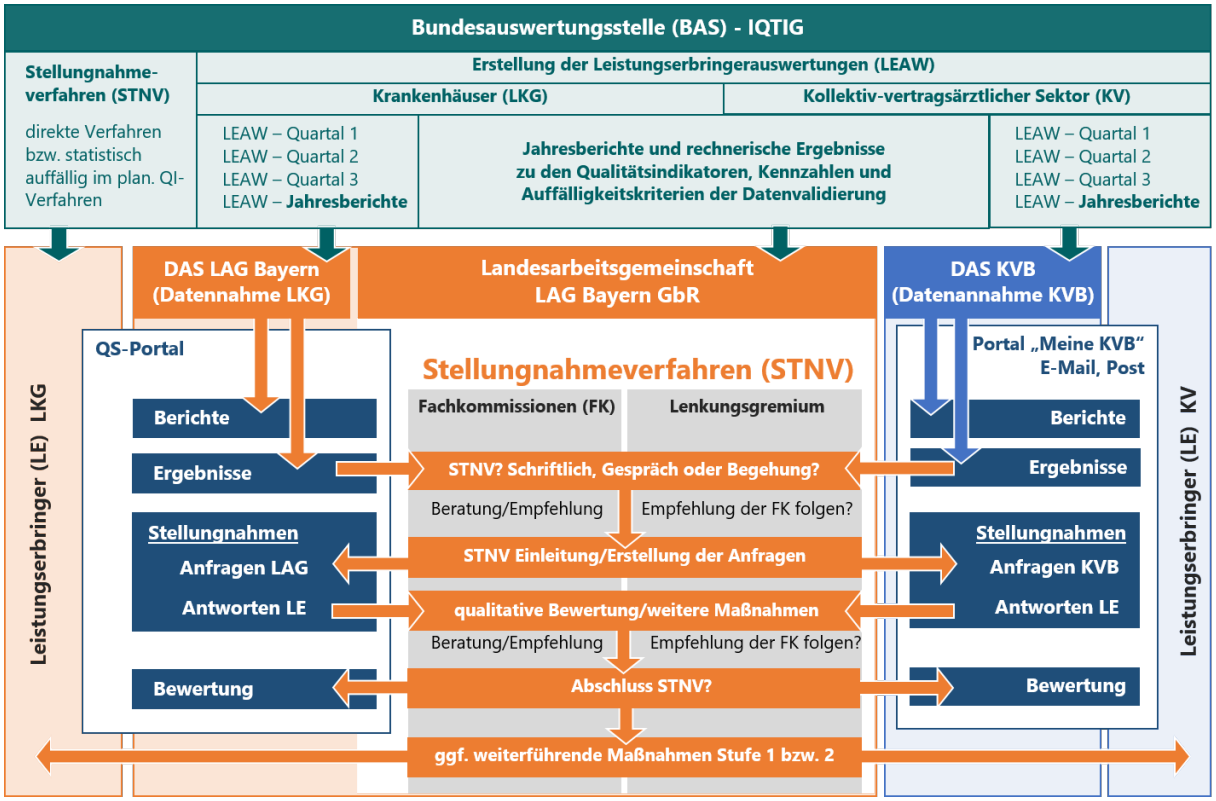

Abbildung 2 Allgemeiner Verfahrensablauf – Schaubild

Die LE liefern unterjährig ihre Daten an die jeweils zuständige Datenannahmestelle, dabei liefern Krankenhäuser ihre Daten an die bei der LAG Bayern eingegliederte Datenannahmestelle, für den kollektiv-vertragsärztlichen Sektor übernimmt die KVB diese Aufgabe. Nach formaler Prüfung werden die Daten an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle übermittelt, auf deren Basis das Institut dann die Leistungserbringerauswertungen (LEAW), u. a. Quartalsberichte erstellt. Diese werden wiederum über die o.g. Datenannahmestellen den LE zur Verfügung gestellt. Die Datenannahmestelle der LAG Bayern nutzt dazu das QS-Portal, eine Software, die den stationären LE unter anderem o.g. Berichte zum Download bereit stellt. Die Jahresberichte werden der LAG-Geschäftsstelle einmal jährlich vom IQTIG als Grundlage zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens zur Verfügung gestellt.

Die Durchführung der Stellungnahmeverfahren liegt in der Verantwortung der LAG Bayern. Diese wurden 2023 sowohl zu den in der DeQS-Richtlinie geregelten länderbezogenen Verfahren als auch zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen der in der plan. QI-Richtlinie definierten Qualitätsindikatoren durchgeführt. In regelmäßigen Sitzungen werden den vom Lenkungsgremium berufenen Fachkommissionen die rechnerisch auffälligen Ergebnisse präsentiert. Anhand dieser Informationen beraten die Fachkommissionsmitglieder zu welchen Ergebnissen sie die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens empfehlen und in welcher Form dieses

durchgeführt werden soll, z.B. als schriftliches Verfahren, als Kollegialgespräch, in Form einer Begehung oder auch als mehrstufiges Verfahren.

Die Empfehlungen der Fachkommission werden vom Lenkungsgremium beraten und abgestimmt. Folgt das Lenkungsgremium der Empfehlung der Fachkommission, wird ein 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 implementierten QS-Portals. Für kollektiv-vertragsärztliche LE wird die administrative Durchführung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens durch die KVB sichergestellt. Deren Stellungnahmen werden 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 Vergütungsabschläge 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 zum QS-Portals unter Kapitel 6.3). Die Korrespondenz zwischen KVB und kollektiv-vertragsärztlichen LE findet über deren eigenes Portal- und via E-Mail statt.

3.2 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 2023 der KVB – Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. 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 11.05.2023 und 08.11.2023. Es wurden weitere 11 Beschlüsse im schriftlichen Umlaufverfahren getroffen.

3.3 Übersicht Stellungnahmeverfahren 2023 gemäß DeQS-Richtlinie

Im Auswertungsjahr (AJ) 2023 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.

In den 13 DeQS-Verfahren entstanden in Bayern im AJ 2023 insgesamt 2.167 rechnerische Auffälligkeiten. Diese Auffälligkeiten verteilen sich auf reguläre Qualitätsindikatoren (QI) sowie Auffälligkeitskriterien (AK) im Rahmen der statistischen Basisprüfung. AK dienen der Beurteilung der Dokumentationqualität hinsichtlich der Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität der Daten(sätze).

Tabelle 3 zeigt eine tabellarische Übersicht der rechnerischen Auffälligkeiten und eingeleiteter schriftlicher Stellungnahmeverfahren für alle landesbezogenen DeQS-Verfahren im AJ 2023. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde in den 13 DeQS-Verfahren zu insgesamt 1.512 rechnerischen Auffälligkeiten (1.142 QI / 370 AK) eine schriftliche Stellungnahme angefordert. Ergänzend zum schriftlichen Stellungnahmeverfahren erfolgte in 14 Fällen ein kollegiales Gespräch und in zwei Fällen eine Begehung zur Klärung der Auffälligkeiten.

Insgesamt wurden in 98 Fällen weiterführende Maßnahmen beschlossen, v. a. in Form von Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Prozess-, Struktur- oder Dokumentationsqualität z. B. nach Durchführung eines Kollegialgesprächs.

Tabelle 3 Übersicht rechnerischer Auffälligkeiten und eingeleiteter STNV für DeQS-Verfahren im AJ 2023

QS-Verfahren	Rechnerisch auffällige Ergebnisse			STNV eingeleitet			Anzahl weiterführende Maßnahmen
	QI	AK	gesamt	QI	AK	gesamt	
QS PCI	160	61	**221**	116	61	**177**	24
QS WI	40	--	**40**	40	--	**40**	--
QS CHE	58	2	**60**	54	2	**56**	2
QS NET	206	--	**206**	27	--	**27**	--
QS KAROTIS	22	13	**35**	22	13	**35**	--
QS CAP	234	20	**254**	133	20	**153**	12
QS MC	99	31	**130**	57	31	**88**	14
QS GYN-OP	105	18	**123**	105	18	**123**	6
QS DEK	83	45	**128**	83	45	**128**	7
QS HSMDEF	246	43	**289**	98	43	**141**	9
QS PM	87	50	**137**	83	50	**133**	4
QS HGV	318	62	**380**	193	62	**255**	15
QS KEP	139	25	**164**	131	25	**156**	5
Gesamt	1.797	370	**2.167**	1.142	370	**1.512**	98

Nähere Informationen zum STNV für Auffälligkeitskriterien und damit zu den Ergebnissen der statistischen Basisprüfung werden in Kapitel 6.1.1 dargestellt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf das STNV zu regulären Qualitätsindikatoren der 13 landesbezogenen DeQS-Verfahren.

Etwa die Hälfte der Stellungnahmen zu Qualitätsindikatoren (N=594) wurden von den Fachkommissionen als qualitativ unauffällig bewertet. In rund 24 % der Fälle (N=271) erfolgte die Bewertung als qualitativ auffällig. Weitere 24 % (N=277) der Stellungnahmen wurden über die Kategorie Sonstiges als Dokumentationsfehler oder mit einer anderen sonstigen Bewertung eingestuft.

Tabelle 4 Verfahrensübergreifende Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu Qualitätsindikatoren im AJ 2023

QS-Verfahren	STNV eingeleitet	Bewertung		
		Qualitativ unauffällig	Qualitativ auffällig	Sonstiges
QS PCI	116	48	37	31
QS WI	40	14	17	9
QS CHE	54	36	5	13
QS NET	27	11	2	14
QS KAROTIS	22	11	2	9
QS CAP	133	47	65	21
QS MC	57	29	5	23
QS GYN-OP	105	83	4	18
QS DEK	83	21	40	22
QS HSMDEF	98	62	19	17
QS PM	83	55	18	10
QS HGV	193	123	35	35
QS KEP	131	54	22	55
Gesamt	**1.142**	**594**	**271**	**277**

Im Folgenden wird für jedes landesbezogene Verfahren der DeQS-Richtlinie zusammenfassend von der Arbeit mit den jeweiligen Fachkommissionen im AJ 2023 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.

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

3.4.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze war für Bayern im AJ 2023 (bezieht sich auf die Erfassungsjahre (EJ) 2022 und 2021 für sozialdatenbasierte QI) mit 100,98 % insgesamt zufriedenstellend hoch. Betrachtet man die Dokumentationsraten getrennt nach Krankenhäusern und vertragsärztlichen LE, zeigt sich weiterhin eine leichte Unterdokumentation im vertragsärztlichen Bereich (97,2 %) bei deutlicher Besserungstendenz über die vergangenen Jahre. Die KVB ist weiterhin unterstützend tätig, um eine stetigen Verbesserung der Dokumentationsrate von Vertragsärzt:innen zu erreichen.

Tabelle 5 Datengrundlage des AJ 2023 und Vorjahre im Verfahren QS PCI gemäß Angaben der Datenannahmestellen (LAG Bayern, KVB) sowie des IQTIG

	AJ	Datensätze IST	Datensätze SOLL	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	**2023**	**109.075**	**108.017**	**100,98**
	2022	110.039	109.720	100,3
	2021	106.823	106.555	100,3
Krankenhäuser	**2023**	**94.591**	**93.110**	**101,6**
	2022	96.025	95.015	101,1
	2021	94.015	92.884	101,2
Vertragsärzt:innen	**2023**	**14.484**	**14.907**	**97,2**
	2022	14.001	14.705	95,0
	2021	12.770	13.671	93,4

3.4.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Im Allgemeinen entwickelten sich die QI-Ergebnisse im Verfahren QS PCI bayernweit stabil. Die Bayern-Ergebnisse für das AJ 2023 liegen weitestgehend nahe beim bzw. für die meisten QI über dem Bundesdurchschnitt. Eine Ausnahme bilden hierbei die QI zur Kontrastmittelmenge (56009, 56010, 56011) mit tendenziell etwas schlechteren Ergebnissen in Bayern verglichen mit den Bundesergebnissen. Mögliche Ursachen dafür wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens analysiert.

Tabelle 6 Ergebnisse QS PCI Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven isolierten Koronarangiographie	≥ 40,97 % (5. Perzentil)	68,35 % N = 30.406	64,25 % N = 215.360
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	≤ 41,48 % (95. Perzentil)	27,64 % N = 28.090	27,91 % N = 186.721
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 63,22 % (5. Perzentil)	74,58 % N = 4.992	76,37 % N = 33.072
56004	Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt	≤ 5,98 % (95. Perzentil)	2,31 % N = 5.110	2,71 % N = 33.992

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm² (risikoadjustiert)	≤ 1,65 O/E (95. Perzentil)	0,80 O/E N = 68.160	0,89 O/E N = 450.740
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm² (risikoadjustiert)	≤ 1,14 O/E (95. Perzentil)	0,81 O/E N = 3.014	0,94 O/E N = 23.556
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm² (risikoadjustiert)	≤ 1,50 O/E (95. Perzentil)	0,82 O/E N = 42.919	0,90 O/E N = 271.201
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	≤ 0,15 % (90. Perzentil)	0,23 % N = 114.361	0,21 % N = 747.108
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	≤ 6,86 % (95. Perzentil)	4,81 % N = 68.316	4,41 % N = 451.679
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	≤ 21,93 % (95. Perzentil)	17,68 % N = 3.021	17,16 % N = 23.605
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	≤ 16,84 % (95. Perzentil)	10,91 % N = 43.024	9,88 % N = 271.824
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 93,65 % (5. Perzentil)	94,69 % N = 5.838	94,29 % N = 38.923
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	≥ 93,95 % (5. Perzentil)	95,63 % N = 40.207	95,31 % N = 256.506
56012*	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	≤ 0,58 % (95. Perzentil)	0,46 % N = 111.427	0,48 % N = 736.315
56018*	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (risikoadjustiert)	≤ 1,10 O/E (95. Perzentil)	0,97 O/E N = 63.242	1,07 O/E N = 423.418
56020*	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patient(inn)en mit PCI (risikoadjustiert)	≤ 1,09 O/E (95. Perzentil)	0,88 O/E N = 38.650	0,96 O/E N = 251.252
56022*	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patient(inn)en mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (risikoadjustiert)	≤ 1,28 O/E (95. Perzentil)	1,02 O/E N = 6.614	1,16 O/E N = 44.378
56024*	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) (risikoadjustiert)	≤ 1,07 O/E (95. Perzentil)	1,00 O/E N = 35.917	1,06 O/E N = 234.577
56026*	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag) (risikoadjustiert)	*Nicht definiert*	0,96 O/E N = 35.240	1,03 O/E N = 230.058

** sozialdatenbasierte QI*

3.4.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Für das Verfahren QS PCI ergeben sich im AJ 2023 insgesamt 161 rechnerische Auffälligkeiten. Grundsätzlich soll zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden. Eine Ausnahme bilden die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren, da für diese QI in den Auswertungen des IQTIG nicht alle notwendigen Informationen enthalten sind, die für eine stichhaltige und sinnvolle Stellungnahme notwendig wären. So fehlt LE bei einer rechnerischen Auffälligkeit die Information, welche Komplikation auftrat,

wann die Komplikation auftrat, ob diese im selben Haus/derselben Praxis auftrat bzw. behandelt wurde oder von einem anderen LE. Aus Sicht der LAG-Geschäftsstelle und der Fachkommission PCI hat sich an der Problematik des vergangenen Jahres, aufgrund derer das IQTIG nachträglich von einem STNV abgeraten hatte, grundlegend nichts verändert. Daher war auch im AJ 2023 eine STNV nicht sinnvoll durchzuführen. Im Verfahren QS PCI wurden daher die sozialdatenbasierten QI vom STNV für das AJ 2023 gemäß Empfehlung der Fachkommission PCI und auf Beschluss des LAG-Lenkungsgremiums ausgenommen.

Somit ergab sich die Einleitung eines schriftlichen STNV für insgesamt 116 rechnerische Auffälligkeiten. Die angeforderten Stellungnahmen verteilten sich auf 98 Auffälligkeiten im stationären Bereich und 18 Auffälligkeiten aus der vertragsärztlichen Versorgung.

Tabelle 7 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen des AJ 2023 für QS PCI

Stellungnahmeverfahren QS PCI AJ 2023	Vertragsärztlich	Stationär	Gesamt
Stellungnahmen angefordert	**18**	**98**	**116**
Qualitativ unauffällig			**48**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	1	37	38
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	1	6	7
Sonstiges	0	3	3
Qualitativ auffällig			**37**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	3	24	27
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	3	7	10
Sonstiges	0	0	0
Sonstiges			**31**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	10	20	30
Sonstiges	0	1	1
STNV noch nicht abgeschlossen			**0**

Etwa 41 % der eingegangenen Stellungnahmen zu auffälligen Qualitätsindikatoren (QI) sind aus Sicht der Fachkommission als qualitativ unauffällig einzuschätzen. Diese beruhen zum Großteil auf einer besonderen klinischen Situation, wie beispielsweise erhöhte Mengen an Dosis-Flächen-Produkten und Kontrastmitteln bei komplexen Prozeduren bzw. der Versorgung von besonderen Patient:innen-Kollektiven. Auch lagen häufig nachvollziehbar geschilderte Einzelfälle vor, teilweise in Verbindung mit vereinzelten Dokumentationsfehlern in unbedenklichem Ausmaß.

In etwa 32 % der angefragten, rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren-Ergebnisse kommt die Fachkommission zur Empfehlung einer qualitativ auffälligen Bewertung. Davon wurden in 27 Fällen Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel gesehen. Dazu zählen z. B. Hinweise auf eine zu weite Indikationsstellung zur Koronarangiographie oder erhöhte Behandlungszeiten (Door-to-Balloon-Zeit) bei der Versorgung von Patient:innen mit Herzinfarkt, u. a. bedingt durch eine fehlende Abstimmung mit dem Rettungsdienst bei unzureichender Aufnahmekapazität oder Verzögerungen bis zur Behandlung bei Aufnahme über die Zentrale Notaufnahme. Teilweise wurde eine erhöhte Strahlenbelastung durch veraltete Durchleuchtungsgeräte oder nicht optimierte Prozesse bei der Durchleuchtung (Bildrate, Durchleuchtungszeiten) festgestellt. Prozessmängel hinsichtlich der Kontrastmittelgabe umfassten die inkorrekte Abschätzung der Kontrastmittelmenge bei manueller Injektion, nicht optimal eingestellte Kontrastmittelinjektionspumpen sowie teilweise erhöhte Kontrastmittelmengen bei sehr geringer Gesamtfallzahl, die ggf. auf fehlende Routine schließen lassen. In zehn

Fällen erfolgte eine qualitativ auffällige Bewertung, weil die Stellungnahmen der Leistungserbringer keine ausreichend erklärenden Gründe enthielten.

In ca. 27 % der angefragten rechnerischen Auffälligkeiten erfolgte eine sonstige Bewertung, darunter insbesondere Dokumentationsfehler. 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 Software-Schnittstellenprobleme. Auch die führende Indikation bzw. Diagnose vor und nach diagnostischem Herzkatheter wurden gelegentlich fehldokumentiert. Mit vier Leistungserbringern wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.4.4 Weiterführende Maßnahmen).

Der Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurde für 116 rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse beschlossen.

3.4.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Mit zwei Leistungserbringern erfolgte zusätzlich zum schriftlichen Stellungnahmeverfahren ein kollegiales Gespräch im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1. Mit einem der beiden Leistungserbringer wurde zu zwei auffälligen Qualitätsindikatoren als Ergebnis des Gesprächs eine Zielvereinbarung geschlossen. Beim zweiten Leistungserbringer wurden die bereits eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen von der Fachkommission als ausreichend erachtet, sodass keine weitere Zielvereinbarung notwendig war.

Für weitere vier Leistungserbringer mit wiederholten Dokumentationsfehlern werden im Rahmen einer Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität weiterführende Maßnahmen der Stufe 1 vereinbart.

3.5 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Bei dem QS-Verfahren WI handelt es sich um ein zweiteiliges Verfahren. Teil 1 stellt die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant - NWIEA, stationär - NWIES) dar, deren zugrundeliegenden Daten jährlich aus der einrichtungsbezogenen Dokumentation erhoben werden. Die Daten zu Teil 2, der Indikatoren zu Wundinfektionsraten (NWIF), werden aus der fallbezogenen Dokumentation der Krankenhäuser in Zusammenführung mit den Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen erhoben.

Das Verfahren QS WI befindet sich derzeit in der Erprobungsphase. Während der Erprobung erfolgen weder Sanktionen noch eine Veröffentlichung von Ergebnissen. Daher wird an dieser Stelle von einer Darstellung der Ergebnisse sowie weiteren Berichterstattung abgesehen.

3.6 Cholezystektomie (QS CHE)

3.6.1 Datengrundlage

Im Verfahren QS CHE beziehen sich die Ergebnisse eines AJ jeweils auf zwei EJ, was an den unterschiedlich langen Follow-up-Zeiträumen der QI liegt. Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze im QS CHE war für Bayern im AJ 2023 mit 101,61 % für Daten aus dem EJ 2022 und mit 100,26 % für Daten aus dem EJ 2021 sehr zufriedenstellend. Die leichte Überdokumentation erklärt sich unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen.

Tabelle 8 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Cholezystektomie Erfassungsjahre 2021 und 2022“ des IQTIG

	AJ	EJ	Datensätze IST	Datensätze SOLL	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	**2023**	2022	21.523	21.183	101,61
		2021	20.812	20.758	100,26
Bund gesamt	**2023**	2022	150.101	148.848	100,84
		2021	149.788	149.417	100,25

Im Verfahren QS CHE werden zur Berechnung aller Qualitätsindikatoren Sozialdaten herangezogen, die von den gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellt werden. Die Verknüpfungsrate der Datensätze aus den Kliniken mit den Sozialdaten war mit 99,65 % für das EJ 2022 und mit 99,77 % für das EJ 2021 im Vergleich zu anderen QS-Verfahren mit Sozialdaten sehr zufriedenstellend.

3.6.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

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 AJ 2023 beziehen sie sich daher auf das EJ 2022. 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 2021. Die Bayern-Ergebnisse bewegen sich bei allen QI auf einem vergleichbaren Niveau zu den bundesweiten Ergebnissen. In keinem QI sind nennenswerten Differenzen zu verzeichnen, zudem liegen alle Werte innerhalb des Referenzbereichs.

Tabelle 9 Ergebnisse QS CHE Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
Indikatoren, die auf dem EJ 2022 basieren				
58000	Operationsbedingte Gallenwegs-komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,20 O/E (95. Perzentil)	1,07 O/E N = 21.445	0,95 O/E N = 149.314
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,60 O/E (95. Perzentil)	1,00 O/E N = 21.445	0,98 O/E N = 149.314
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,59 O/E (95. Perzentil)	0,93 O/E N = 21.445	0,88 O/E N = 149.314
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,21 O/E (95. Perzentil)	0,90 O/E N = 21.445	0,95 O/E N = 149.314
Indikatoren, die auf dem EJ 2021 basieren				

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 2,20 O/E (95. Perzentil)	0,94 O/E N = 20.759	1,00 O/E N = 149.171
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 2,54 O/E (95. Perzentil)	1,04 O/E N = 20.759	1,00 O/E N = 149.171
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 2,22 O/E (95. Perzentil)	0,91 O/E N = 20.759	1,00 O/E N = 149.171

3.6.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Tabelle 10 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS CHE

Stellungnahmeverfahren QS CHE AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**54**
Qualitativ unauffällig	**36**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	20
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	16
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	**5**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	2
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	2
Sonstiges	1
Sonstiges	**13**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	10
Sonstiges	3
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt bewertete die Fachkommission 67 % (n=36) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Vor allem nachvollziehbar begründete Einzelfälle (n=19) und Fälle mit einerseits Dokumentationsfehlern in unbedenklichem Ausmaß und andererseits plausibel dargestellten Einzelfällen (n=16) führten zu dieser Einschätzung.

Etwa 9 % (n=5) der eingegangenen Stellungnahmen sind nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten. In zwei Fällen liegen Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel vor. Bei einem Fall zeigte die Stellungnahme zum QI „Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen“ (QI ID 58000), dass der „Critical view of safety“ nicht standardmäßig erfolgt. In einem weiteren Fall zum QI „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen“ (QI ID 58006) wurde eine durch den Trokar verursachte Aortenverletzung intraoperativ zwar erkannt aber nicht nachverfolgt. In zwei weiteren Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte. Bei einer Stellungnahme bestanden im QI „Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ (QI ID 58001) auffällig viele Dünndarmläsionen, außerdem lagen Fehler bei der Kodierung seitens des LE vor. Dies führte zu einer sonstigen qualitativ auffälligen Bewertung.

In 24 % (n=13) der Fälle wurden die Auffälligkeiten als Dokumentationsfehler (n=10) oder sonstiges (n=3) bewertet. Aufgrund der den LE nur eingeschränkt zur Verfügung stehenden Informationen zu den

sozialdatenbasierten QI war es in drei Fällen den LE nicht möglich, die Komplikation, die zur rechnerischen Auffälligkeit führte nachzuvollziehen, da diese nicht am Klinikstandort des LE aufgetreten war. Da die Fachkommission diese Fälle nicht hinsichtlich der Qualität bewerten kann, erfolgte eine sonstige Bewertung. Mit einem LE wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.6.4 Weiterführende Maßnahmen).

Für alle sich im STNV befindenden 54 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.6.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Für einen LE mit qualitativ auffälligem Ergebnis im QI „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen“ (QI ID 58006) wurde eine weiterführende Maßnahme der Stufe 1 in Form einer Zielvereinbarung zur Erstellung von Handlungsempfehlungen beschlossen, die im Rahmen einer Besprechung des auffälligen Falls in der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz abgeleitet werden sollen. Bei dem aufgetretenen Todesfall wurde eine durch den Trokar verursachte Aortenverletzung intraoperativ zwar vermutet, aber nicht nachverfolgt. Es erfolgte kein Abbruch der Operation und keine weiterführende Diagnostik mittels Bildgebung.

Für einen weiteren LE wurde eine Maßnahme der Stufe 1 in Form einer Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen. Der LE erklärte die rechnerische Auffälligkeit im QI „Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ (QI ID 58001) wie bereits im Vorjahr mit Dokumentationsfehlern. Im Rahmen der Zielvereinbarungen wurde der LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2023 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

3.7 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen inkl. Pankreastransplantationen (QS NET)

Die nun im dritten 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.

3.8 Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

3.8.1 Datengrundlage

Mit 100,97 % ist die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze in Bayern im AJ 2023 (=EJ 2022) durchaus zufriedenstellend. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann beispielsweise durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 11 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Karotis-Revaskularisation Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG

	AJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	4.354	4.312	100,97
Bund gesamt	2023	32.127	32.052	100,23

3.8.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS KAROTIS umfasst grundsätzlich acht QI. Im Vergleich zu den Bundesergebnissen oder zu den Referenzwerten sind bei den bayerischen Ergebnissen keine nennenswerten negativen Ergebnisabweichungen 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 sind bei den offen-chirurgischen Eingriffen 26 % weniger Schlaganfälle bzw. Todesfälle aufgetreten als zu erwarten gewesen wären (QI ID 11704).

Tabelle 12 Ergebnisse QS KAROTIS Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	≥ 95,00 %	98,95 % N = 1.909	99,25 % N = 12.876
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	≥ 95,00 %	99,92 % N = 1.205	99,69 % N = 8.453
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	Sentinel Event	0,00 % N = 8	5,07 % N = 138
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch (risikoadjustiert)	≤ 2,79 O/E (95. Perzentil)	0,74 O/E N = 3.307	0,98 O/E N = 22.609
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	≥ 95,00 %	96,92 % N = 325	97,95 % N = 3.118
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	≥ 95,00 %	99,42 % N = 172	99,34 % N = 2.279
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt (risikoadjustiert)	≤ 2,81 O/E (95. Perzentil)	1,05 O/E N = 698	1,01 O/E N = 6.845
161800	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	≤ 5,00 %	2,99 % N = 67	3,50 % N = 657

3.8.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AJ 2023 lagen bayernweit insgesamt 22 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikator-Ergebnissen im Verfahren QS KAROTIS vor. In allen Fällen wurde auf Empfehlung der Fachkommission ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Tabelle 13 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS KAROTIS

Stellungnahmeverfahren QS KAROTIS AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**22**
Qualitativ unauffällig	**11**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	11
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	0
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	**2**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	1
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Sonstiges	1
Sonstiges	**9**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	9
Sonstiges	0
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt stufte die Fachkommission die Hälfte (n=11) der angeforderten Stellungnahmen als qualitativ unauffällig ein. Die Fälle konnten durch nachvollziehbare Einzelfälle erklärt werden.

Als qualitativ auffällig sind nach Einschätzung der Fachkommission zwei Stellungahmen (18 %) zu bewerten. In einem Fall wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aufgrund fehlenden leitliniengerechten Vorgehens gesehen. In einem weiteren Fall erfolgte die Bewertung als qualitativ auffällig angesichts mangelnder Routine aufgrund niedriger Gesamtfallzahlen, die eine adäquate Versorgung nicht vollständig zulässt.

Weitere 41 % (n=9) 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 22 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.8.4 Weiterführende Maßnahmen

Im QS-Verfahren KAROTIS wurden keine weiteren Maßnahmen beschlossen.

3.9 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

3.9.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze im Verfahren QS CAP war für Bayern im AJ 2023 mit 103,13 % sehr zufriedenstellend. Im Vergleich zum Vorjahr gab es bei den zu erwartenden Datensätzen eine Reduktion von ca. 17,72 %. Diese Reduktion beobachtete die FK auch in der Praxis und sah dabei die Hygienemaßnahmen, die Isolation und die Nutzung von dem Mund-Nasen-Schutz, als Folge der Covid-19 Pandemie, als eine mögliche Erklärung.

Tabelle 14 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht ambulant erworbene Pneumonie Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG

	AJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	43.330	42.014	103,13
Bund gesamt	2023	271.548	268.013	101,32

3.9.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 15 Ergebnisse QS CAP Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	≥ 95,00 %	99,03 % N = 43.286	99,02 % N = 271.285
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	≥ 95,00 %	96,31 % N = 42.303	96,71 % N = 265.056
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95,00 %	95,36 % N = 30.992	95,93 % N =190.369
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	≥ 90,00 %	92,17 % N = 22.757	93,08 % N = 145.705
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	≥ 90,00 %	93,57 % N = 21.142	92,79 % N = 127.047
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert, ohne COVID-19-Fälle)	≤ 1,91 O/E (95. Perzentil)	0,91 O/E N = 24.553	0,97 O/E N = 155.062

Das Verfahren QS CAP umfasst sechs QI (fünf Prozessindikatoren und ein Ergebnisindikator). Kein QI wich im Bayern-Ergebnis vom bundesweiten Referenzwert bzw. im Falle der Sterblichkeit (perzentilbasierter QI) vom Bundesdurchschnitt ab.

3.9.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Insgesamt ergaben sich für das AJ 2023 für die QI 234 rechnerische Auffälligkeiten. Eine Einschränkung erfolgte auf Empfehlung der Fachkommission in der Regel über die Anzahl der auffälligen Vorgänge, die Gesamtfallzahl (Nenner) bzw. über die Einrichtungen, die wiederholt rechnerisch auffällig wurden. 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 16 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS CAP

Stellungnahmeverfahren QS CAP AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**133**
Qualitativ unauffällig	**47**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	13
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	33
Sonstiges	1
Qualitativ auffällig	**65**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	47
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	10
Sonstiges	8
Sonstiges	**21**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	21
Sonstiges	0
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

In etwa 48,87 % (n=65) der angefragten rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse kam die FK zur Empfehlung einer qualitativ auffälligen Bewertung. Zu den Gründen für eine qualitativ auffällige Bewertung wurden von der FK insbesondere folgende Struktur- und Prozessmängel benannt:

- Organisatorische Defizite bei den Röntgenbefunden bzw. verzögerte Diagnostik
- Organisatorische Defizite bei der zeitgerechten Umsetzung der Anordnung zur antimikrobiellen Therapie und der nachvollziehbaren Dokumentation (Uhrzeit Antibiotikagabe)
- 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
- Personalmangel durch Krankheit oder Fluktuation
- Mangelhafte Umsetzung von Standards oder der S3-Leitlinie

In 7,52 % (n=10) der Fälle war eine qualitativ auffällige Bewertung auf nicht ausreichend nachvollziehbare Stellungnahmen zurückzuführen.

Etwa 35,34 % (n=47) der Stellungnahmen zu den rechnerisch auffälligen QI waren aus Sicht der FK als qualitativ unauffällig einzuschätzen. Diese beruhten zum Großteil auf nachvollziehbar geschilderten Einzelfällen sowie häufig einer Mischung aus vereinzelten Dokumentationsfehlern bei ansonsten plausibel dargelegten Einzelfällen.

Weitere 15,79 % (n=21) der angefragten rechnerischen Auffälligkeiten beruhten auf Dokumentationsfehlern der Leistungserbringer.

Für alle 133 angeforderte Stellungnahmen hat das Lenkungsgremium den Abschluss des STNV beschlossen.

3.9.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Für zwei LE mit qualitativ auffälligen Bewertungen erfolgte eine weiterführende Maßnahme der Stufe 1 im Zuge einer „Implementierung von Behandlungspfaden“ und eines „Ergebnisberichtes über Umsetzung des externen Audits mit Darstellung der dort abgeleiteten Maßnahmen“

Für 11 LE erfolgte der Abschluss einer Zielvereinbarung für die Dokumentationsqualität als Maßnahme der Stufe 1. Im Rahmen der Zielvereinbarung wurden die LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2023 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten. Von den 11 LE hatten 8 LE wiederholte Dokumentationsfehlern (mindestens zum zweiten Mal in Folge eine Bewertung mit „Unvollzählige oder falsche Dokumentation“ D80).

3.10 Mammachirurgie (QS MC)

3.10.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze ist für Bayern im AJ 2023 (=EJ 2022) mit 100,06 % sehr zufriedenstellend. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 17 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Mammachirgurgie Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG

	AJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	14.987	14.978	100,06
Bund gesamt	2023	101.324	101.176	100,15

3.10.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS MC umfasst 13 QI, wovon drei auch in der plan. QI-RL enthalten sind. In diesen Fällen wird bei statistischen Auffälligkeiten das Stellungnahmeverfahren direkt vom IQTIG eingeleitet. Rechnerische Auffälligkeiten werden in den plan. QI-RL Indikatoren durch die LAG bearbeitet. Insgesamt liegen die Bayern-Ergebnisse auf einem ähnlichen Niveau wie die bundesweiten Ergebnisse.

Tabelle 18 Ergebnisse QS MC Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 95,00 %	98,13 % N = 10.587	98,21 % N = 72.674
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate (risikoadjustiert)	≥ 0,46 O/E (5. Perzentil)	0,96 O/E N = 9.439	0,95 O/E N = 64.460
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate (risikoadjustiert)	≤ 1,72 O/E (95. Perzentil)	0,96 O/E N = 9.439	0,95 O/E N = 64.460
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	≥ 80,95 % (5. Perzentil)	96,12 % N = 1.032	95,04 % N = 7.260
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	≥ 54,43 % (5. Perzentil)	87,09 % N = 3.416	85,86 % N = 22.927
52330*	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	98,92 % N = 2.214	99,39 % N = 17.086
52279*	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	98,57 % N = 5.231	98,99 % N = 29.557
2163*	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel Event	0,10 % N = 964	0,04 % N = 6.892
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5,00 %	4,25 % N = 753	3,35 % N = 5.309
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90,00 %	97,15 % N = 4.765	96,99 % N = 30.602

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 7,69 % (95. Perzentil)	1,70 % N = 7.522	1,92 % N = 49.427
60659	Nachresektionsrate	≤ 20,77 % (95. Perzentil)	10,37 % N = 8.422	10,66 % N = 58.614
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 97,82 % (5. Perzentil)	99,47 % N = 9.112	99,48 % N = 61.665

**QI auch in plan. QI-Richtlinie enthalten*

3.10.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AJ 2023 lagen bayernweit insgesamt 109 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS MC vor. Auf Empfehlung der Fachkommission wurden nur LE mit einer übermittelten Gesamtfallzahl ≥ 40 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. Für einzelne QI wurden zudem LE mit einer weiterführenden Maßnahme im Vorjahr oder Ergebnisse von 0 % zu einer Stellungnahme aufgefordert. Insgesamt wurde in 57 Fällen ein schriftliches STNV eingeleitet.

Tabelle 19 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS MC

Stellungnahmeverfahren QS MC AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**57**
Qualitativ unauffällig	**29**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	20
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	9
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	**5**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	2
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	3
Sonstiges	0
Sonstiges	**23**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	20
Sonstiges	3
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt erachtete die Fachkommission 51 % (n=29) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Größtenteils führten begründete Einzelfälle zu dieser Einschätzung (n=20). In einigen Fällen (n=9) wurden Dokumentationsfehler in unbedenklichem Ausmaß als qualitativ unauffällig bewertet.

Etwa 9 % (n=5) der eingegangenen Stellungnahmen sind nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten. In zwei Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Konkret bemängelte die Fachkommission:

- Nicht leitliniengerechtes Vorgehen (QI 212001: 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 drei Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte.

In 35 % (n=20) lagen Dokumentationsfehler vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten. Diese verteilten sich über alle QI. Mit sechs LE wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.10.4 Weiterführende Maßnahmen). In drei Fällen des gleichen LE wurde die Bewertung sonstiges vergeben, da die Behandlung von Brustkrebs am Standort des LE eingestellt worden ist.

Für alle sich im STNV befindenden 57 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.10.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

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

In einem Fall wurde aufgrund eines qualitativ auffälligen Ergebnisses im QI „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk“ (QI ID 212001) eine Maßnahme der Stufe 1 in Form einer Zielvereinbarung zur Implementierung von Handlungsempfehlungen gemäß S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ geschlossen. Konkret soll der LE ein an seine individuellen klinikspezifischen Umstände angepasstes Vorgehen bei nicht palpablen Befunden beschreiben, da seine Stellungnahme ein nicht leitliniengerechtes Vorgehen zeigte.

Ein weiterer LE weist im QI „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (QI ID 211800) ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf, da nicht alle Patient:innen in der postoperativen Tumorkonferenz vorgestellt wurden. Daher wurde auf Empfehlung der Fachkommission eine Maßnahme der Stufe 1 in Form einer Zielvereinbarung zur Erstellung einer SOP, die beinhaltet, dass zukünftig alle Patient:innen mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS sowohl präoperativ als auch postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt werden müssen, beschlossen.

Mit insgesamt sechs QI-Ergebnisse von fünf LE wurden Maßnahmen der Stufe 1 in Form von Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen. Dies betraf zwei LE mit wiederholter fehlerhafter Dokumentation in den QI „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (QI ID 52279) oder „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (QI ID 51370). Des Weiteren betrifft es einen LE mit mehrfacher Fehldokumentation in den QI „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (QI ID 211800) und „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (QI ID 51846). Außerdem sind zwei LE betroffen, die jeweils im QI „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (QI ID 51846) vermehrt Dokumentationsfehler aufwiesen. Im Rahmen der Zielvereinbarungen wurden die LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2023 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

3.11 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

3.11.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze ist für Bayern im AJ 2023 (=EJ 2022) mit 100,61 % äußerst zufriedenstellend. Die geringfügige Überdokumentation ist unbedenklich und kann beispielsweise durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 20 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Gynäkologische Operationen Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG

	AJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	28.937	28.762	100,61
Bund gesamt	2023	177.823	176.845	100,55

3.11.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS GYN-OP umfasst sieben QI, wovon drei auch in der plan. QI-RL enthalten sind, weshalb für diese QI bei statistischen Auffälligkeiten das Stellungnahmeverfahren direkt vom IQTIG eingeleitet wird. Rechnerische Auffälligkeiten in den plan. QI-RL-Indikatoren werden im Stellungnahmeverfahren mit der LAG bearbeitet. Insgesamt bewegen sich die Bayern-Ergebnisse auf einem ähnlichen Niveau wie die Bundesergebnisse, der Referenzwert wird in keinem QI über- bzw. unterschritten.

Tabelle 21 Ergebnisse QS GYN-OP Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
51906*	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate O/E an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation (risikoadjustiert)	≤ 4,18 O/E	1,03 O/E N = 20.701	1,05 O/E N = 129.713
12874*	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	≤ 5,00 %	0,93 % N = 5.458	0,95 % N = 33.858
10211*	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %	8,55 % N = 2.316	7,61 % N = 15.108
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	Sentinel Event	0,60 % N = 6.808	0,74 % N = 40.552
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 42,35 % (95. Perzentil)	18,19 % N = 1.567	19,31 % N = 10.493
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	≥ 74,46 % (5. Perzentil)	89,02 % N = 5.965	88,74 % N = 35.658
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	≤ 6,59 % (90. Perzentil)	3,81 % N = 15.735	3,15 % N = 95.777

**QI auch in plan. QI-Richtlinie enthalten*

3.11.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AJ 2023 lagen bayernweit insgesamt 105 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS GYN-OP vor. Es wurde in allen Fällen ein schriftliches STNV eingeleitet.

Tabelle 22 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS GYN-OP

Stellungnahmeverfahren QS GYN-OP AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**105**
Qualitativ unauffällig	**83**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	76
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	7
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	**4**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	2
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	2
Sonstiges	0
Sonstiges	**18**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	18
Sonstiges	0
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt erachtete die Fachkommission den Großteil (n=83) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Etwa ein Drittel dieser Bewertungen lässt sich auf eine rechnerische Auffälligkeit im QI „Beidseitige Ovariektomie 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=4) handelt es sich in zwei Fällen um nicht ausreichend nachvollziehbare Stellungnahmen. Zwei Ergebnisse eines LE wurden aufgrund von Hinweisen auf Struktur-/ Prozessmängeln als qualitativ auffällig bewertet, da in den QI „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (QI ID 10211) und „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (QI ID 612) vermehrt eine hohe Diskrepanz zwischen der präoperativen Verdachtsdiagnose und der postoperativen Histologie besteht.

In 17 % (n=18) der Fälle lagen Dokumentationsfehler vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten. Diese verteilten sich über alle QI. Mit vier LE wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.11.4 Weiterführende Maßnahmen).

Für alle 105 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.11.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Auf Empfehlung der Fachkommission wurde mit einem LE eine Maßnahme der Stufe 1 in Form eines Kollegialgesprächs geschlossen. Der LE wurde in den QI „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe

ohne pathologischen Befund“ (QI ID 10211) und „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (QI ID 612) aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel qualitativ auffällig bewertet. Die Stellungnahmen zeigten eine häufig bestehende hohe Diskrepanz zwischen der präoperativen Verdachtsdiagnose und der postoperativen Histologie. Obwohl die Indikationsstellung teils nicht hochspezifisch war, wurde dennoch nicht organerhaltend operiert. Im Rahmen des Kollegialgesprächs wurde die Problematik gemeinsam mit dem Leistungserbringer und der Fachkommission besprochen und Lösungsansätze vereinbart.

Mit insgesamt vier LE wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität als Maßnahme der Stufe 1 geschlossen. In drei Fällen betrifft es die Dokumentation des QI „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI ID 52283), in einem Fall die des QI „Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ (QI ID 60685). Im Rahmen der Zielvereinbarung wurden die LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2023 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

3.12 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

3.12.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze ist für Bayern im AJ 2023 (=EJ 2022) mit 100,25 % sehr zufriedenstellend. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann beispielsweise durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 23 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Dekubitusprophylaxe Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG

	AJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	34.140	33.544	101,78
	2022	32.420	32.340	100,25
Bund gesamt	2023	266.090	263.818	100,86
	2022	248.565	247.445	100,45

3.12.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

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 ≤ 2,68 sowie unter dem Bundesdurchschnitt von 1,18. Im Schnitt traten in Bayern etwa 5 % mehr Dekubitalulcera auf als zu erwarten gewesen wäre (Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate beträgt 1,05), im Bundesschnitt hingegen 18 % mehr. Hinsichtlich der aufgetretenen Dekubitalulcera 4. Grades (QI ID 52009) sind im AJ 2023 in Bayern 124 Fälle aufgetreten, was prozentual betrachtet erfreulicherweise etwas unter dem Bundesdurchschnitt liegt.

Für alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (insgesamt 83) wurde im AJ 2023 ein schriftliches STNV eingeleitet.

Ein LE weist seit Jahren anhaltende rechnerische und qualitative Auffälligkeiten im Bereich der Dekubitusprophylaxe auf. In den Vorjahren erfolgten bereits weiterführende Maßnahmen - zwei Kollegialgespräche und eine Zielvereinbarung sowie ein erweitertes Kollegialgespräch unter Beteiligung von Vertreter:innen des LAG Lenkungsgremiums. Zur Beurteilung des Umsetzungsstands und Erfolgs der im letzten Kollegialgespräch vereinbarten Maßnahmen erfolgte zusätzlich zum schriftlichen Stellungnahmeverfahren eine Klinikbegehung im Jahr 2023. An der Begehung nahmen Vertreter:innen des LAG Lenkungsgremiums, der LAG Geschäftsstelle sowie die Fachkommission Dekubitusprophylaxe teil.

Tabelle 24 Ergebnisse QS DEK Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 2,68 O/E (95. Perzentil)	1,05 O/E N = 2.310.138	1,18 O/E N = 15.175.228
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0054 % (=124 beobachtete Fälle) N = 2.310.138	0,0059 % (=893 beobachtete Fälle) N = 15.175.228

3.12.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Tabelle 25 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen des AJ 2023 für QS DEK

Stellungnahmeverfahren QS DEK AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**83**
Qualitativ unauffällig	**21**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	19
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	1
Sonstiges	1
Qualitativ auffällig	**40**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	16
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	22
Sonstiges	2
Sonstiges	**22**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	22
Sonstiges	0
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt erachtete die Fachkommission 25 % (n=21) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Insbesondere nachvollziehbar begründete Einzelfälle führten zu dieser Einschätzung.

Etwa 48 % der eingegangenen Stellungnahmen sind nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten. In 22 Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte. In 16 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Konkret bemängelte die Fachkommission in diesen Fällen:

- Defizite in der Risikoerfassung und der individuellen, auf die Patientenbedarfe abgestimmten Pflegeplanung
- Defizite in der Dokumentation des Dekubitusrisikos, des Verlaufs, der geplanten/durchgeführten präventiven und/oder pflegerischen Maßnahmen
- Defizite in der fachlich korrekten Klassifikation und Kodierung von Dekubitalulcera bei Aufnahme und/oder im Verlauf
- Erkennbares Verbesserungspotential im Umgang mit Patient:innen mit fehlender Compliance
- Nicht ausreichende Präventionsstrategien für (geronto-)psychiatrische Patient:innen

In 26,5 % 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 vier LE wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.12.4 Weiterführende Maßnahmen).

Für alle 83 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.12.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Für vier LE mit wiederholten Dokumentationsfehlern in den Qualitätsindikatoren des Verfahren QS DEK 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 2023 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

3.13 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

3.13.1 Datengrundlage

Das Verfahren QS HSMDEF ist unterteilt in sechs Module. In allen Modulen ist die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze für das AJ 2023 (=EJ 2022) sehr gut mit Dokumentationsraten von jeweils um die 100 % bzw. darüber.

Tabelle 26 Datengrundlagen gemäß der Länderberichte der Module im Verfahren QS HSMDEF zum AJ 2023 des IQTIG

	AJ	Datensätze IST	Datensätze SOLL	Vollzähligkeit in %
Herzschrittmacher-Implantation (HSM-IMPL)				
Bayern gesamt	2023	10.101	10.002	100,99
	2022	9.936	9.929	100,07
Bund gesamt	2023	73.235	72.836	100,55
	2022	73.353	73.309	100,06
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSM-AGGW)				
Bayern gesamt	2023	1.732	1.669	103,77
	2022	1.830	1.812	100,99
Bund gesamt	2023	15.070	14.779	101,97
	2022	15.223	15.109	100,75
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSM-REV)				
Bayern gesamt	2023	1.364	1.338	101,94
	2022	1.320	1.323	99,77
Bund gesamt	2023	9.183	9.115	100,75
	2022	9.431	9.392	100,42
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (DEFI-IMPL)				
Bayern gesamt	2023	2.932	2.907	100,86
	2022	2.934	2.930	100,14
Bund gesamt	2023	19.980	19.855	100,63
	2022	20.047	19.986	100,31
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (DEFI-AGGW)				
Bayern gesamt	2023	1.256	1.245	100,88
	2022	1.357	1.354	100,22
Bund gesamt	2023	10.032	9.949	100,83
	2022	10.402	10.359	100,42
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (DEFI-REV)				
Bayern gesamt	2023	1.006	1.001	100,50
	2022	1.091	1.085	100,55
Bund gesamt	2023	6.956	6.889	100,97
	2022	7.272	7.246	100,36

3.13.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

In der folgenden Tabelle werden die Ergebnisse aller QI (mit definiertem Referenzwert) für das AJ 2023 sowohl auf Bayern- als auch auf Bundesebene dargestellt. Die Darstellung erfolgt für alle sechs Module des Verfahrens QS HSMDEF.

Tabelle 27 Ergebnisse QS HSMDEF Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
Herzschrittmacher-Implantation (HSM-IMPL)				
101803	Leitlinienkonforme Indikation	≥ 90,00 %	96,27 % N = 9.988	96,25 % N = 72.531
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	≥ 90,00 %	99,57 % N = 9.202	99,61 % N = 66.387
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	≥ 60,00 %	86,72 % N = 11.705	88,55 % N = 87.879
101800	Dosis-Flächen-Produkt (risikoadjustiert)	≤ 3,11 O/E (95. Perzentil)	0,85 O/E N = 9.905	0,87 O/E N = 72.529
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90,00 %	95,42 % N = 37.105	95,12 % N = 266.993
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,60 %	0,92 % N = 10.097	0,91 % N = 73.140
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3,00 %	1,54 % N = 10.097	1,28 % N = 73.140
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 4,38 O/E (95. Perzentil)	0,82 O/E N = 10.097	0,96 O/E N = 73.140
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up Indikator, risikoadjustiert)	≤ 2,69 O/E (95. Perzentil)	1,08 O/E N = 7.821	0,99 O/E N = 60.605
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up Indikator, risikoadjustiert)	≤ 6,34 O/E (95. Perzentil)	1,00 O/E N = 7.749	0,99 O/E N = 60.133
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSM-AGGW)				
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	≥ 95,00 %	98,03 % N = 8.129	98,43 % N = 66.351
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,30 %	0,35 % N = 1.732	0,18 % N = 15.063
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSM-REV)				
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 3,10 %	0,81 % N = 1.362	1,06 % N = 9.135
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	≤ 3,00 %	0,63 % N = 953	0,78 % N = 6.282

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 7,25 O/E (95. Perzentil)	1,02 O/E N = 1.362	1,20 O/E N = 9.135
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (DEFI-IMPL)				
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	≥ 90,00 %	97,25 % N = 2.870	97,72 % N = 19.882
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	≥ 60,00 %	88,71 % N = 3.890	91,85 % N = 28.682
131801	Dosis-Flächen-Produkt (risikoadjustiert)	≤ 2,35 O/E (95. Perzentil)	0,80 O/E N = 2.626	0,72 O/E N = 18.637
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90,00 %	96,22 % N = 9.463	96,17 % N = 65.511
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,50 %	1,02 % N = 2.932	0,87 % N = 19.968
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3,00 %	1,04 % N = 2.696	0,89 % N = 18.737
51186	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 6,48 O/E (95. Perzentil)	1,29 O/E N = 2.932	1,17 O/E N = 19.968
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up Indikator, risikoadjustiert)	≤ 2,65 (95. Perzentil)	1,04 O/E N = 2.283	1,00 O/E N = 16.109
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up Indikator, risikoadjustiert)	≤ 5,03 (95. Perzentil)	0,66 O/E N = 2.270	1,00 O/E N = 16.007
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (DEFI-AGGW)				
52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	≥ 95,00 %	99,01 % N = 7.140	98,81 % N = 54.793
141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 3,80 %	0,00 % N = 1.256	0,19 % N = 10.031
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (DEFI-REV)				
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,90 %	1,19 % N = 1.005	1,33 % N = 6.938
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	≤ 3,00 %	0,27 % N = 744	0,54 % N = 5.143
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 5,13 O/E (95. Perzentil)	0,82 O/E N = 1.005	1,05 O/E N = 6.938

Im Allgemeinen entwickelten sich die QI-Ergebnisse bayernweit stabil und kein QI weicht im Bayern-Ergebnis vom Bundesreferenzwert ab. Bei vereinzelt negativen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt liegt das Ergebnis sehr deutlich im bundesweiten Referenzbereich. Dies betrifft v. a. perzentilbasierte QI (siehe z. B. QI ID 52139,

52311 und 2194 im Modul HSM-IMPL; QI ID 111801 im Modul HSM-AGGW; QI ID 52131, 131801, 131802, 52325, 51186 und 132001 im Modul DEFI-IMPL).

3.13.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AJ 2023 lagen bayernweit insgesamt 246 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS HSMDEF vor. In 98 Fällen wurde auf Empfehlung der Fachkommission ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

In Ermangelung einer Unterscheidung der Ergebnisse in rechnerische Auffälligkeiten und statistisch signifikante Auffälligkeiten ist eine manuelle, systematische Auswahl von Ergebnissen für das Stellungnahmeverfahren sinnvoll und notwendig. Dies ermöglicht ein zielgerichtetes Stellungnahmeverfahren, durch dies nachhaltige Verbesserungen der Struktur- und Prozessqualität angestoßen werden können. Auf Empfehlung der Fachkommission wurden Einzelfälle vom Stellungnahmeverfahren ausgeschlossen. In der Regel konnten diese Fälle medizinisch begründet und nachvollziehbar dargelegt werden und es war kein Rückschluss auf etwaige systematische Struktur- oder Prozessmängel möglich. Die Einzelfallregelung wurde auf QI zum Dosis-Flächen-Produkt nicht angewandt. In einigen QI (zur Eingriffsdauer sowie zu sondenbedingten und nicht-sondenbedingten Komplikationen) wurden Leistungserbringer mit einer wiederholten rechnerischen Auffälligkeit um Stellungnahme gebeten.

Für Follow-up Indikatoren diskutierte die Fachkommission die inhaltliche Übereinstimmung der Indikatoren, die jeweils prozedurassoziierte Probleme (QI ID 2194, 132001) und Infektionen oder Aggregatperforationen (QI ID 2195, 132002) innerhalb eines Jahres getrennt für die Schrittmacher- und die Defibrillatoren-Implantation betrachten. Aus Sicht der Fachkommission sind die postprozeduralen Komplikationen pro LE gemeinsam für die Versorgung mit Schrittmachern sowie implantierbaren Defibrillatoren zu betrachten. Für Follow-up Indikatoren wird daher im AJ 2023 das jeweilige Indikatorenpaar für Schrittmacher- und Defibrillatoren-Implantation gemeinsam betrachtet und ein STNV nur dann eingeleitet, wenn sich in beiden QI zusammengefasst eine rechnerische Auffälligkeit ergibt.

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 28 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS HSMDEF

Stellungnahmeverfahren QS HSMDEF AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**98**
Qualitativ unauffällig	**62**
Einzelfälle/besondere klinische Situation	49
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	13
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	**19**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	12
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	7
Sonstiges	0
Sonstiges	**17**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	17
Sonstiges	0
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt erachtete die Fachkommission 63 % (n=62) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Insbesondere nachvollziehbar begründete Einzelfälle führten zu dieser Einschätzung. In wenigen Fällen lag eine besondere klinische Situation vor, z. B. bei High-Volume-Zentren mit besonderem Patientenkollektiv. In einigen Fällen (n=13) führte eine Mischung aus Dokumentationsfehlern in unbedenklichem Ausmaß und plausibel dargestellten Einzelfällen zur Bewertung als qualitativ unauffällig.

Etwa 19 % (n=19) der eingegangenen Stellungnahmen sind nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten. In 12 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Konkret bemängelte die Fachkommission in diesen Fällen:

- Erhöhte Dosis-Flächen-Produkte bzw. Durchleuchtungszeiten:
  - Suboptimale Einstellungen der Durchleuchtungsgeräte bzw. Anwendung (Einblenden, Bildrate, Bildqualität, gepulste Durchleuchtung)
  - Teils veraltete Durchleuchtungsgeräte
- Nicht erfolgte intraoperative Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
- Prozessmängel bei der Sondenfixierung
- Struktur- und Prozessmängel bei insgesamt sehr geringem Implantationsvolumen und gleichzeitiger Häufung von Komplikationen und/oder Folgeeingriffen

In 7 Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte.

In ca. 17 % (n=17) 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.

Für alle 98 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurde der Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.13.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Zwei LE mit wiederholten rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten wurden im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1 zu einem Kollegialgespräch eingeladen. Ziele des Kollegialgesprächs waren die Ursachenanalyse und die gemeinsame Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen. Mit beiden Leistungserbringern wurde als Abschluss des Kollegialgesprächs eine Zielvereinbarung zur Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen getroffen.

3.14 Perinatalmedizin (QS PM)

3.14.1 Datengrundlage

Das Verfahren QS PM besteht aus zwei Modulen, der Geburtshilfe (PM GEBH) und der Neonatologie (PM NEO). Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze ist für Bayern im AJ 2023 (=EJ 2022) mit 100,85 % für das Modul PM GEBH und mit 99,96 % für das Modul PM NEO sehr zufriedenstellend. Die leichte Abweichung in der Dokumentation ist unbedenklich und lässt sich zum Beispiel durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklären.

Tabelle 29 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Perinatalmedizin: Geburtshilfe Erfassungsjahr 2022“ und „Länderbericht Perinatalmedizin: Neonatologie Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG

	AJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Perinatalmedizin Geburtshilfe (PM GEBH)				
Bayern gesamt	2023	118.955	117.958	100,85
Bund gesamt		708.027	706.051	100,28
Perinatalmedizin Neonatologie (PM NEO)				
Bayern gesamt	2023	15.170	15.176	99,96
Bund gesamt		97.244	96.411	100,86

3.14.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Tabelle 30 Ergebnisse QS PM Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
Perinatalmedizin Geburtshilfe (PM GEBH)				
330**	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %	97,35 % N = 1.055	96,80 % N = 6.476
50045*	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %	98,74 % N = 38.387	99,01 % N = 229.072
52249	Kaiserschnittgeburt (risikoadjustiert)	≤ 1,26 O/E (90. Perzentil)	1,04 O/E N = 118.231	1,03 O/E N = 702.514
1058*	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	0,36 % N = 1.380	0,21 % N = 9.745
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen (risikoadjustiert)	≤ 4,40 O/E (95. Perzentil)	1,09 O/E N = 6.427	1,06 O/E N = 39.637
318*	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %	97,08 % N = 3.389	96,85 % N = 21.749
51803*	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (risikoadjustiert)	≤ 2,32 O/E	0,99 O/E N = 111.128	1,01 O/E N = 658.350
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV (risikoadjustiert)	≤ 3,20 (95. Perzentil)	0,75 O/E N = 79.906	0,89 O/E N = 474.861

Perinatalmedizin Neonatologie (PM NEO)				
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	Sentinel Event	0,26 % N = 12.577	0,21 % N = 80.081
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenen-versorgung (risikoadjustiert)	≤ 1,79 O/E (95. Perzentil)	1,19 O/E N = 1.503	1,00 O/E N = 9.923
50060	Nosokomiale Infektion (risikoadjustiert)	≤ 2,92 O/E (95. Perzentil)	1,25 O/E N = 13.297	1,04 O/E N = 82.882
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung (risikoadjustiert)	≤ 2,68 O/E (95. Perzentil)	1,46 O/E N = 5.312	1,02 O/E N = 32.952
52262	Zunahme des Kopfumfangs	≤ 19,49 % (95. Perzentil)	9,03 % N = 2.038	9,79 % N = 12.575
50063	Durchführung eines Hörtests	≥ 95,00 %	98,26 % N = 13.651	98,18 % N = 87.253
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen (risikoadjustiert)	≤ 2,50 O/E (95. Perzentil)	1,19 O/E N = 1.492	0,98 O/E N = 9.879
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen (risikoadjustiert)	≤ 2,13 O/E (95. Perzentil)	1,09 O/E N = 12.486	1,03 O/E N = 80.362

**auch in plan. QI-Richtlinie enthalten*
*** in diesem Jahr in plan. QI-Richtlinie ausgesetzt*

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 Stellungnahmeverfahren direkt durch das IQTIG durchgeführt, während bei einer rechnerischen Auffälligkeit das Stellungnahmeverfahren von der LAG durchgeführt wird. Für das AJ 2023 wurde der QI Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen. 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.

3.14.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im Verfahren QS PM lagen für das AJ 2023 bayernweit insgesamt 82 rechnerische Auffälligkeiten vor. Die Fachkommission PM empfahl, mit allen rechnerischen Auffälligkeiten ein schriftliches Stellungnahmeverfahren zu führen.

Tabelle 31 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS PM

Stellungnahmeverfahren QS PM AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**83**
Qualitativ unauffällig	**55**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	53
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	2
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	**18**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	13
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	4
Sonstiges	1
Sonstiges	**10**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	3
Sonstiges	7
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Die meisten Stellungnahmen (n=55) wurden von der Fachkommission PM als qualitativ unauffällig bewertet. Ein Großteil (38 %) 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, löst jedes Ereignis eine rechnerische Auffälligkeit und damit ein schriftliches Stellungnahmeverfahren aus. Bei einer Stellungnahme stellte sich ein Dokumentationsfehler heraus, in einer Weiteren wurde die Abteilung bereits geschlossen und es konnte kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden, die übrigen Stellungnahmen wurden als qualitativ unauffällige Einzelfälle eingestuft, in denen medizinisch nachvollziehbare, infauste Prognosen geschildert wurden.

Die meisten der als qualitativ auffällig eingestuften Stellungnahmen sind mit sechs 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 zwei Fällen lagen vereinzelte Dokumentationsfehler vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten, aber es gab keinen Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität. In drei Fällen wurde falsch dokumentiert und dies mit unvollzähliger oder falscher Dokumentation bewertet. Abschließend wurde in sieben Fällen eine sonstige Bewertung für insgesamt drei LE vergeben, da hier die gesamte Belegschaft gewechselt hat bzw. die Abteilung geschlossen wurde und eine detaillierte Stellungnahme nicht eingereicht werden konnte.

3.14.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Insgesamt wurden auf Empfehlung der Fachkommission mit drei Leistungserbringer im Modul Geburtshilfe Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen.

Mit zwei LE wurden erweiterte Kollegialgespräche zur Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen geführt. Bei einem LE wurden diese aufgrund einer langjährig anhaltenden rechnerischen Auffälligkeit im QI „Kaiserschnittgeburt“ (QI ID 52249) geführt. Der LE schildert Ängste vor vaginaler Geburt, Beckenbodenschäden und höhergradigen Dammrissen im Patientinnenkollektiv. Die Fachkommission empfiehlt Zuweiser und Belegärzt:innen stärker einzubinden, und ermöglichte die Hospitation zum Thema Wendungen bei Beckenendlage. Bei einem weiteren LE wurden Kollegialgespräche wegen einer langjährig anhaltenden rechnerischen Auffälligkeit im QI „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (QI ID 50074), geführt. Der LE schilderte der Fachkommission, eine genaue Analyse und umfassenden Maßnahmen durchgeführt zu haben. Die Analyse ergab eine wahrscheinliche Problematik während des Mutter-Kind Bondings in der geburtshilflichen Abteilung. Die Fachkommission würdigt die ausführlichen Maßnahmen und das Einführen von Mützen für Neugeborene. Zudem sollen Personal und Eltern zum Temperaturmanagement geschult werden.

Bei zwei Leistungserbringern wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen, in einem Fall wegen wiederholter Dokumentationsfehler und in einem Fall wegen des Verdachts auf schwere Dokumentationsmängel.

3.15 Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

3.15.1 Datengrundlage

Das Verfahren QS HGV umfasst die beiden Module *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (HGV-OSFRAK) und *Hüftendoprothesenversorgung* (HGV-HEP). Beide Module weisen mit 102,91 % bzw. 101,28 % eine zufriedenstellende Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze in Bayern im AJ 2023 (=EJ 2022) auf. Die leichten Überdokumentationen sind unbedenklich und können beispielsweise auf nachträgliche Fallzusammenführungen zurückgeführt werden.

Tabelle 32 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung Erfassungsjahr 2022“ und „Hüftgelenkversorgung: Hüftendoprothesenversorgung Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG

	AJ	Datensätze IST	Datensätze SOLL	Vollzähligkeit in %
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)				
Bayern gesamt	2023	10.245	9.955	102,91
Bund gesamt		64.546	63.867	101,06
Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)				
Bayern gesamt	2023	45.949	45.367	101,28
Bund gesamt		267.871	266.210	100,62

3.15.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

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 HEP-Wechseln im 90-Tage-Verlauf (QI ID 10271) wurde im AJ 2023 nach dem Richtlinienwechsel von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie erstmals wieder vom IQTIG ausgewertet.

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 die beiden risikoadjustierten QI zur Gehunfähigkeit bei Entlassung (QI ID 54033 und 54012) mit 12 % mehr Gehunfähigkeiten als erwartet sind wie bereits im Vorjahr zu nennen. Die Ursachen werden in 3.15.3 erläutert

Tabelle 33 Ergebnisse QS HGV Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)				
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	9,37 % N = 10.201	9,83 % N = 64.344
54050	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	97,17 % N = 8.991	97,35 % N = 56.514
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung (risikoadjustiert)	≤ 2,22 O/E (95. Perzentil)	1,12 O/E N = 8.270	1,02 O/E N = 50.837
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 6,35 % (95. Perzentil)	1,85 % N = 10.221	1,89 % N = 64.445

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (risikoadjustiert)	≤ 2,42 O/E (95. Perzentil)	1,05 O/E N = 10.221	1,03 O/E N = 64.445
	Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)			
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≥ 90,00 %	97,59 % N = 32.996	97,67 % N = 184.080
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≥ 86,00 %	91,77 % N = 3.195	91,85 % N = 19.185
54003	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	9,44 % N = 10.408	9,27 % N = 67.886
54004	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	95,64 % N = 32.530	96,97 % N = 198.751
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (risikoadjustiert)	≤ 2,25 O/E (95. Perzentil)	0,99 O/E N = 10.419	1,01 O/E N = 68.012
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 5,77 % (95. Perzentil)	1,17 % N = 32.701	1,36 % N = 182.794
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 20,00 % (95. Perzentil)	6,75 % N = 2.799	7,84 % N = 16.837
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 11,63 % (95. Perzentil)	4,58 % N = 10.445	4,53 % N = 68.177
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 8,01 % (95. Perzentil)	2,11 % N = 32.996	2,27 % N = 184.080
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. – Komponentenwechsel (risikoadjustiert)	≤ 2,02 O/E (95. Perzentil)	0,96 O/E N = 3.195	1,02 O/E N = 19.185
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung (risikoadjustiert)	≤ 2,42 O/E (95. Perzentil)	1,12 O/E N = 41.665	1,02 O/E N = 239.743
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Sentinel Event	0,04 % N = 29.396	0,05 % N = 160.306
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (risikoadjustiert)	≤ 2,27 (95. Perzentil)	0,92 N = 42.069	0,83 N = 256.186

3.15.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im Verfahren QS HGV lagen im AJ 2023 bayernweit insgesamt 318 rechnerische Auffälligkeiten vor.

Um die fehlende Unterscheidung der Ergebnisse zwischen rechnerisch und statistisch signifikant auffällig zu kompensieren, wird eine systematische indikatorspezifische Auswahl als sinnvoll erachtet. Dadurch kann ein zielgerichtetes STNV ermöglicht werden und Struktur- und Prozessmängel adäquat adressiert werden. Auf Empfehlung der Fachkommission sollen Einzelfälle aus dem STNV ausgeschlossen werden. Im Rahmen einer Cluster-Analyse sollten jedoch alle Einzelfälle berücksichtigt werden, die einzelfallbedingte Auffälligkeiten in mindestens drei QI aufweisen oder die wiederholt rechnerisch auffällig sind.

Weitere Eingrenzungsstrategien werden auf Basis von wiederholter rechnerischer Auffälligkeit oder der Konzentration auf Ausreißer-Ergebnisse angewendet:

Die QI zu den allgemeinen Komplikationen mit Risikoadjustierung (QI ID 54029, 54015) wurden aufgrund zu erwartender breitgefächerter Komplikationen auf Ausreißer-Ergebnisse eingeschränkt. Aus Sicht der Fachkommission wäre eine Stratifizierung in diesem QI sinnvoll zur besseren Beurteilbarkeit der Schwere der Komplikationen. Bei den QI ohne Risikoadjustierung (QI ID 54016, 54017) fällt weiterhin das Ausbleiben der Risikoadjustierung auf, ohne die die unterschiedliche Morbidität der Patient:innen bei Aufnahme nicht berücksichtigt wird. Anders als im Vorjahr wurden zumindest bei wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen eine Stellungnahme angefordert. Bei den QI zur Sturzprophylaxe (QI ID 54050, 54004), Gehunfähigkeit bei Entlassung (QI ID 54033,54012) sowie zur Indikation (QI ID 54001, 54002) erwartete die Fachkommission auf Basis der Erfahrungen der vergangenen Stellungnahmeverfahren vorwiegend Dokumentationsprobleme und sah kein zu erwartendes Verbesserungspotenzial in der Struktur- und Prozessqualität. Daher wurden auch in diesen QI entsprechende Eingrenzungen vorgenommen.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien wurde auf Empfehlung der Fachkommission in 193 Fällen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Tabelle 34 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS HGV

Stellungnahmeverfahren QS HGV AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**193**
Qualitativ unauffällig	**123**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	88
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	35
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	**35**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	22
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	12
Sonstiges	1
Sonstiges	**35**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. Softwarebedingte Fehldokumentationen)	35
Sonstiges	0
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt wurden etwa 64 % (n=123) der 193 angeforderten Stellungnahmen von der Fachkommission als qualitativ unauffällig bewertet. In 88 Fällen konnten die rechnerischen Auffälligkeiten plausibel und nachvollziehbar in den Stellungnahmen begründet werden. In 35 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 18 % (n=35) der eingeforderten Stellungnahmen als qualitativ auffällig zu bewerten. In 22 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aus den folgenden Gründen gesehen:

- Organisationsmängel / zu häufig fehlende OP-Kapazitäten
- insuffiziente präoperative Abläufe bei der Diagnostik
- fehlendes Mobilisationskonzept
- zu überprüfendes perioperatives Gerinnungsmanagement
- hohe mechanische Komplikationsrate, die Hinweise auf insuffiziente Abläufe geben
- fehlende Sturzprophylaxe
- Häufung von Infekten, die auf Mängel im Hygiene-und Infektionsmanagement rückschließen lassen

In elf 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 einem Fall trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerung bis zum Ende des Stellungnahmeverfahrens gar keine Stellungnahme eingereicht.

Weitere 31 Stellungnahmen (17 % aller eingeforderten Stellungnahmen) wurden über die sonstige Bewertung als Dokumentationsfehler eingestuft. Die Dokumentationsfehler sind insbesondere auf eine inkorrekte Eingabe der Datenfelder zum Kellgren-Lawrence-Score sowie auf eine fehlerhafte Eingabe der Datenfelder zur Sturzprophylaxe und zur Gehunfähigkeit zurückzuführen. Auch bei der Angabe von Indikationskriterien sind deutliche Mängel in der Dokumentation in den QS-Bögen festzustellen. Vereinzelt kommt es zudem zu Nichterfassungen von Inhouse-Stürzen, womit automatisch eine fälschlicherweise rechnerisch verlängerte Verweildauer einhergeht. Bezugnehmend auf 3.15.2 konnten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu den QI zur Gehunfähigkeit bei Entlassung (QI ID 54033 und 54012) einige rechnerisch auffälligen Ergebnisse auf Dokumentationsfehler zurückgeführt werden. In ähnlichem Ausmaß konnten jedoch die Ursachen für die rechnerischen Auffälligkeiten anhand der Stellungnahmen nicht ausreichend von der Fachkommission nachvollzogen werden, weshalb eine entsprechende Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte.

Für alle 193 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.15.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Für 12 LE mit wiederholten Dokumentationsfehlern (zweimal Bewertung in Folge) 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 2023 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten. Bei einem weiteren Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten in sechs von insgesamt acht Qualitätsindikatoren zu allgemeinen bzw. spezifischen Komplikationen wurde im Rahmen eines mehrstufigen Stellungnahmeverfahrens ein Kollegialgespräch durchgeführt. Mit Hilfe dieses Gesprächs sollten die Prozesse, die Dokumentation und die Vermeidungsstrategien hinsichtlich der Komplikationen adäquat durchleuchtet werden. Die Fachkommission erkannte sowohl strukturelle Dokumentationsfehler als auch Struktur- und Prozessmängel. Zur Verbesserung der Dokumentationsqualität erfolgte ebenfalls der Abschluss einer Zielvereinbarung gemäß Maßnahmenstufe 1. Die Fachkommission wird die Ergebnisentwicklung weiterverfolgen.

3.16 Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

3.16.1 Datengrundlage

Mit einer Quote von 101,34 % ist die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze in Bayern im AJ 2023 (=EJ 2022) zufriedenstellend. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann beispielsweise durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 35 Datengrundlagen gemäß „Länderbericht Knieendoprothesenversorgung Erfassungsjahr 2022“ des IQTIG

	AJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	35.009	34.546	101,34
Bund gesamt	2023	189.225	188.270	100,51

3.16.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS KEP umfasst zehn Qualitätsindikatoren. Der Follow-Up-Indikator zu den KEP-Wechseln im 90-Tage-Verlauf (QI ID 54128) wurde im AJ 2023 nach dem Richtlinienwechsel von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie erstmals wieder vom IQTIG ausgewertet.

Erfreulicherweise sind bei den bayerischen Ergebnissen bis auf den QI 54028 keine nennenswerten Ergebnisabweichungen im Vergleich zu den Bundesergebnissen oder zu den Referenzwerten zu verzeichnen. Die risikoadjustierte Rate an Gehunfähigkeiten bei Entlassung zeigt sich in Bayern mit einem Ergebnis von 1,46 weiterhin im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erhöht. Im Vergleich zu dem Ergebnis im Vorjahr von 1,93 ist jedoch bereits eine Verbesserungstendenz erkennbar. Auf die Ursachen hierzu wird unter 3.16.3 näher eingegangen.

Tabelle 36 Ergebnisse QS KEP Land/Bund AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023	Ergebnis Bund AJ 2023
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	≥ 90,00 %	98,13 % N = 28.529	98,12 % N = 152.008
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	≥ 90,00 %	96,83 % N = 4.508	97,42 % N = 25.188
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≥ 86,00 %	92,47 % N = 2.044	92,44 % N = 12.281
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	≤ 4,26 % (95. Perzentil)	0,79 % N = 32.983	1,02 % N = 176.993
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 11,32 % (95. Perzentil)	2,99 % N = 2.004	3,33 % N = 12.057
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation	≤ 3,71 % (95. Perzentil)	0,86 % N = 33.169	0,88 % N = 177.855
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 14,11 % (95. Perzentil)	3,77 % N = 2.044	4,18 % N = 12.281

54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung (risikoadjustiert)	≤ 5,19 O/E (95. Perzentil)	1,46 O/E N = 33.660	1,13 O/E N = 182.683
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. – Komponentenwechsel	Sentinel Event	0,04 % N = 31.155	0,04 % N = 167.640
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	≥ 98,81 % (5. Perzentil)	99,80 % N = 33.585	99,80 % N = 188.745

3.16.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AJ 2023 lagen bayernweit insgesamt 139 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS KEP vor. Bei den beiden QI zu den allgemeinen Komplikationen ohne Risikoadjustierung (QI ID 54123 und 50481) wird aus Sicht der Fachkommission die unterschiedliche Morbidität der Patient:innen bei Aufnahme nicht berücksichtigt. Da zudem Einzelfälle aufgrund von Zufallseffekten nicht unbedingt ein Abbild der Qualität darstellen, werden rechnerische Auffälligkeiten basierend auf Einzelfällen im STNV ausgeschlossen. Unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien wurde auf Empfehlung der Fachkommission in 131 Fällen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Tabelle 37 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für QS KEP

Stellungnahmeverfahren QS KEP AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**131**
Qualitativ unauffällig	**54**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	48
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	6
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	**22**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	15
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	7
Sonstiges	0
Sonstiges	**55**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	55
Sonstiges	0
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt wurden 41 % (n=54) der 131 angeforderten Stellungnahmen von der Fachkommission als qualitativ unauffällig bewertet. Neben nachvollziehbar begründeten Einzelfällen (n=47) wurde auch die besondere klinische Situation eines LE 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.

Nach Einschätzung der Fachkommission sind weitere 17 % (n=22) der angeforderten Stellungnahmen als qualitativ auffällig zu bewerten. In 15 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aus den folgenden Gründen gesehen:

- Defizite in der Umsetzung des Patient Blood Managements
- mangelnde Routine aufgrund niedriger Gesamtfallzahlen, die eine adäquate Versorgung nicht vollständig zulässt
- insuffiziente nativ-radiologische Diagnostik
- Mängel in der Wundbehandlung
- wiederholt fehlende Verfügbarkeit der Unterlagen von Belegoperateuren

In sieben 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.

Etwa 42 % (n=55) 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 die Wechseleingriffe zurückzuführen. Bezugnehmend auf 3.16.2 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 vier LE wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe 3.16.4 Weiterführende Maßnahmen).

Für alle 131 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse hat das Lenkungsgremium den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

3.16.4 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1

Für vier LE mit wiederholten Dokumentationsfehlern (zweimal Bewertung in Folge) 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 2023 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten. Bei einem weiteren LE sah die Fachkommission erneut Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, da die Dokumentationen eines Belegoperateurs wiederholt nicht verfügbar waren und nicht alle Fälle vollständig im STNV erläutert werden konnten. Unter zusätzlicher Berücksichtigung wiederholter Dokumentationsmängel führten die strukturellen Defizite zur Durchführung von Maßnahmen der Stufe 1 in Form eines Nachweises über eine Fortbildung aller im Haus tätigen (Beleg-)Operateure.

4 Landesverfahren Schlaganfall

Die aktuell gültige Grundlage für das Landesverfahren Schlaganfall bildet der zwischen der BKG und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Bayerns getroffene Landesvertrag. Mit Wirkung zum 1. August 2023 trat er in Kraft und soll die bewährte Qualitätssicherung in der Schlaganfallversorgung in Bayern fortführen.

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 LAG Bayern.

4.1 Datengrundlage

Mit einer Quote von 101,5 % ist die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze in Bayern im AJ 2023 (= EJ 2022) durchaus zufriedenstellend. Die leichte Überdokumentation lässt sich in der Regel durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklären.

Tabelle 38 Datengrundlage Landesverfahren Schlaganfall gemäß DAS LAG Bayern

	AJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	53.543	52.753	101,5

4.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land

Das Landesverfahren Schlaganfall umfasst neben dem Modul 85/1 mit den Indikatoren zur Schlaganfallversorgung bei Hirninfarkt (HI) und transitorischer ischämischer Attacke (TIA) seit dem AJ 2022 auch das Modul 85/1-BL. Ein Set an elf Blutungsindikatoren wertet damit auch intracerebrale Blutungen (ICB) und Subarachnoidalblutungen (SAB) aus. Im Vergleich zum Vorjahr erweiterte sich das Set für das AJ 2023 um 4 QI. Durch den Ausschluss von beatmeten Patient:innen in den drei ehemaligen Kennzahlen zur Physiotherapie/Logopädie (QI ID ADSR02-ICB, ADSR03-ICB, ADSR03-SAB) sowie dem ohnehin schon bestehendem Ausschluss von Fällen mit besonderer Schwere, wurden die Referenzwerte auf ≥ 90,00 % angesetzt. Auch für das Screening für Schluckstörungen bei Patient:innen mit SAB (QI ID ADSR12-SAB) können besonders schwere Fälle durch die Angabe „Schlucktestung nicht durchführbar“ im Dokumentationsbogen abgefangen werden, weshalb auch diese ehemalige Kennzahl mit einem Referenzwert von ≥ 90,00 % als QI geführt wird.

Mit weiteren 17 QI im Modul 85/1 umfasst das Landesverfahren Schlaganfall im AJ 2023 insgesamt 28 QI.

Tabelle 39 Ergebnisse Landesverfahren Schlaganfall Land AJ 2023

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023
	85/1 (HI, TIA)		
ADSR02-002	Physiotherapie / Ergotherapie	≥ 90,00 %	96,50 %
ADSR03-003	Logopädie	≥ 90,00 %	94,04 %

QI ID	QI Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2023
ADSR06-001	Antikoagulation bei Vorhofflimmern	≥ 90,00 %	95,87 %
ADSR09-002	Frühzeitige Gefäßdiagnostik	≥ 80,00 %	94,00 %
ADSR12-002	Screening für Schluckstörungen	≥ 90,00 %	94,82 %
ADSR13-005	Erste Bildgebung	≥ 60,00 %	73,24 %
ADSR13-007	CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung	≥ 60,00 %	91,58 %
ADSR14-006	Thrombolyse (nach Protokoll, ohne Altersbeschränkung)	≥ 50,00 %	67,66 %
ADSR15-002	Behandlung auf Stroke Unit	≥ 85,00 %	94,02 %
ADSR16a-003	Door to needle time <= 60 Min. (Lyse nach Protokoll, ohne Altersbeschränkung)	≥ 90,00 %	87,20 %
ADSR17-002	Revaskularisation bei symptomatischer Karotisstenose	≥ 70,00 %	84,78 %
ADSR19-001	Rehabilitationsmaßnahmen bei Patient(Inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	≥ 70,00 %	84,10 %
ADSR21-001	Sekundärprävention - Statingabe	≥ 90,00 %	95,46 %
ADSR22-001	VHF-Diagnostik	≥ 80,00 %	94,93 %
ADSR23-001	Intraarterielle Therapie (Zeitfenster <= 6 Stunden)	≥ 60,00 %	73,73 %
ADSR25-001	Door-to-puncture-time <= 90 Minuten	≥ 50,00 %	61,65 %
ADSR27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels	≥ 80,00 %	87,01 %
	Blutungsindikatoren 85/1-BL (SAB, ICB)		
ADSR02-ICB	Physiotherapie / Ergotherapie	≥ 90,00 %	94,18 %
ADSR03-ICB	Logopädie	≥ 90,00 %	93,97 %
ADSR03-SAB	Logopädie	≥ 90,00 %	87,80 %
ADSR12-ICB	Screening für Schluckstörungen bei Patient(Inn)en mit intracerebraler Blutung	≥ 90,00 %	91,70 %
ADSR12-SAB	Screening für Schluckstörungen bei Patient(Inn) mit Subarachnoidalblutung	≥ 90,00 %	65,45 %
ADSR13-ICB	Erste Bildgebung bei Patient(Inn)en mit intracerebraler Blutung	≥ 60,00 %	78,66 %
ADSR13-SAB	Erste Bildgebung bei Patient(Inn)en mit Subarachnoidalblutung	≥ 60,00 %	75,41 %
ADSR15-ICB	Behandlung auf Stroke Unit/ITS bei Patient(Inn)en mit intracerebraler Blutung	≥ 85,00 %	95,60 %
ADSR15-SAB	Behandlung auf Stroke Unit/ITS bei Patient(Inn)en mit Subarachnoidalblutung	≥ 85,00 %	94,31 %
ADSR19-ICB	Rehabilitationsmaßnahmen bei Patient(Inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	≥ 70,00 %	93,78 %
ADSR19-SAB	Rehabilitationsmaßnahmen bei Patient(Inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	≥ 70,00 %	91,84 %

Mit Ausnahme des QI zur Door-to-needle-time <= 60Min. (QI ID ADSR16a-003) sind im Modul 85/1 keine Abweichungen der bayrischen Ergebnisse von den Referenzwerten zu verzeichnen. Das Ergebnis des QI ADSR16a-003 weist weiterhin seit Jahren eine anhaltende Abweichung vom Referenzwert auf. Eine Häufung an rechnerischen Auffälligkeiten in diesem QI zeigt sich insbesondere bei Kliniken mit einer sehr geringen Fallzahl. Im Stellungnahmeverfahren wurden im AJ 2023 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 zeigten sich die Ergebnisse im zweiten Jahr der Berechnung im Vergleich zum Vorjahr bereits zunehmend verbessert. Lediglich im QI zum Screening für Schluckstörungen (QI ID ADSR12-SAB) ist eine Abweichung vom Referenzwert zu verzeichnen. Eine mögliche Ursache für die Abweichung vom Referenzwert wird in Kapitel 4.3 beleuchtet.

4.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im Modul 85/1 lagen im AJ 2023 bayernweit insgesamt 211 rechnerische Auffälligkeiten vor. Aufgrund der Neueinführung der Blutungsindikatoren wurde im Modul 85/1-BL bislang auf die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens verzichtet. Zur Evaluation der Dokumentations- und Verfahrensqualität erfolgte jedoch im AJ 2023 ein freiwilliges Stellungnahmeverfahren. 71 statistisch signifikant auffällige Qualitätsindikator-Ergebnisse wurden dabei um Ursachenanalyse der Auffälligkeiten gebeten. Die Ergebnisse sollen der Weiterentwicklung des Verfahrens dienen und waren nicht Teil der Bewertungen. Mit 32 eingegangenen Rückmeldungen war die Rücklaufquote durchaus zufriedenstellend. Die Informationen werden mit der Fachkommission gemeinsam ausgewertet und im Falle relevanter Erkenntnisse entsprechende Anpassungen an der Spezifikation vornehmen. Auffällig häufige Dokumentationsfehler ergaben sich jedoch in den beiden QI zum Screening für Schluckstörungen (QI ID ADSR12-ICB, QI ID ADSR12-SAB), die nahezu vollständig für die rechnerischen Auffälligkeiten verantwortlich waren. In den Rückmeldungen detektierte Dokumentationsfehler wurden bereits entsprechend an die Kliniken zurückgemeldet.

Im Modul 85/1 lagen im AJ 2023 bayernweit insgesamt 492 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 110 Fällen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In fünf weiteren Fällen erfolgte die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens in Form eines Kollegialgesprächs.

Tabelle 40 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen im AJ 2023 für das Landesverfahren Schlaganfall

Stellungnahmeverfahren Landesverfahren Schlaganfall AJ 2023	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**110**
Einleitung STNV über Kollegialgespräch	**5**
Qualitativ unauffällig	**51**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	45
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	6
Sonstiges	0
Qualitativ auffällig	**53**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	41
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	7
Sonstiges	5
Sonstiges	**11**

Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	11
Sonstiges	0
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Nach Einschätzung der Fachkommission sind insgesamt 46 % (n=51) der 115 zu bewertenden QI-Ergebnisse als qualitativ unauffällig zu bewerten. 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.

Etwa 48 % (n=53) der zu bewertende QI-Ergebnisse erachtete die Fachkommission als qualitativ auffällig. In 41 Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel wie zum Beispiel:

- Prozesse/Strukturen außerhalb der Kernarbeitszeiten können nicht oder nur teilweise vorgehalten werden
- fehlende logopädische Versorgung/Durchführung eines Schluckscreenings
- Mangel an geschultem Personal zur Gefäßdiagnostik
- nicht nachvollziehbare Verzögerungen bei den Prozesszeiten/ zu prüfende Abläufe bei der Bildgebung

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

Weitere 11 Stellungnahmen (9 %) wurden als Dokumentationsfehler eingestuft. Die Dokumentationsfehler sind insbesondere auf die fehlende Angabe von Verlegungen zur Intraarteriellen Therapie oder auf eine fehlende Erfassung einer durchgeführten Logopädie zurückzuführen.

Für alle 115 zu bewertenden 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 41 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien Schlaganfall AJ 2023

Modul	STNV eingeleitet	Bewertung	
		Dokumentation korrekt	Dokumentationsfehler
85/1	11	1	10
85/1-BL	5	0	5
Gesamt	**16**	**1**	**15**

In 16 Fällen wurde im AJ 2023 ein Stellungnahmeverfahren zu den oben genannten AK eingeleitet. In 15 Fällen konnte ein unzulässiges Anlegen von Minimaldatensätzen bzw. eine ungerechtfertigte Verwendung des Kriteriums „Sonstiges“ festgestellt werden. 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

Im Landesverfahren Schlaganfall erfolgten keine weiterführenden Maßnahmen.

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 2023 setzen sich zusammen aus Vertreter:innen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e. V., des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP), der Patientenvertretung (PatV), der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Bayerns, 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 2023 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 18 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.

Eine fehlende Vertiefung in der Pädiatrie bei einer generalistischen Ausbildung kann zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr nachgeholt werden. Dies verschärft den Fachkräftemangel weiter. Deshalb sollte Pflegefachmännern/-frauen ohne Vertiefung Pädiatrie jedoch mit entsprechender Berufserfahrung in der Pädiatrie eine Nachqualifikation ermöglicht werden.

Zudem berücksichtigen die Vorgaben der einzelnen G-BA Richtlinien nicht die daraus resultierenden kumulativen Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft. Hier sei beispielsweise auf die Mindestmengenregelung (Mm-R) und die MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) verwiesen. Besonders hat die ab 01.01.2024 geltende Mindestmenge von 25 Früh- und Reifgeborenen < 1250 Gramm je Standort nach der Mm-R einen starken Einfluss auf die Versorgungssituation.

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 Qualitätsdokumentationsdaten.

Im Zuge dessen wurden insgesamt 22 Dokumentationsprobleme bei 12 LE aufgeklärt und an das IQTIG übermittelt. Vereinzelt wird von LE weiterhin fälschlicherweise ein Minimaldatensatz bei Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von kleiner gleich 21 Schwangerschaftswochen und 6 Tagen angelegt, statt der seit dem EJ 2020 vom IQTIG geforderten regulären Dokumentation. In vier Fällen war wegen Abweichungen im Aufnahmegewicht eine Fallzusammenführung zwischen Abrechnungsdaten und Qualitätssicherungsdaten nicht erfolgreich. Hier wurden die Fälle manuell zusammengeführt und das Aufnahmegewicht korrigiert.

6 Weitere Tätigkeiten der LAG Geschäftsstelle

6.1 Datenvalidierung

6.1.1 Statistische Basisprüfung gemäß DeQS-RL

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 Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität geprüft werden.

Tabelle 42 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien AJ 2023

QS-Verfahren	STNV eingeleitet	Bewertung		Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität
		Dokumentation korrekt	Dokumentationsfehler/ Keine Antwort/Sonstiges	
QS PCI	61	7	54	12
QS WI	-	-	-	-
QS CHE	2	1	1	0
QS NET	*Derzeit keine AK vorgesehen*			
QS KAROTIS	13	4	9	0
QS CAP	20	7	13	2
QS MC	31	2	29	6
QS GYN-OP	18	2	16	0
QS DEK	45	1	44	3
QS HSMDEF	43	9	34	3
QS PM	50	26	24	1
QS HGV	62	7	55	7
QS KEP	25	12	13	0
Gesamt	**370**	**78**	**292**	**34**

Im AJ 2023 wurde zu allen 370 rechnerisch auffälligen AK ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In 78 Fällen (21 %) konnte eine korrekte Dokumentation anhand der eingereichten Stellungnahme berichtet werden. In den übrigen 79 % der Stellungnahmen lagen Dokumentationsfehler/Sonstige Gründe (N=761) vor oder es erfolgte keine Einreichung einer Stellungnahme (N=4). Für 34 Fälle (9 %) mit wiederholt festgestellten Dokumentationsmängeln wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen, hier müssen vom LE die jeweiligen Daten auf Korrektheit geprüft werden und ggf. neu übermittelt werden. Detaillierte Ausführungen zur Unterdokumentation im QS WI finden sich unter 3.4.1.

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

6.1.2 Datenvalidierung nach plan. QI-RL

Die plan. QI-RL verfolgt das Ziel, den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bundesweit einheitliche qualitätsorientierte Entscheidungen zu ermöglichen und eine einheitliche Entscheidungsgrundlage zu liefern. Dazu sind einzelne vom G-BA festgelegte QI der DeQS-RL aufgrund ihrer Planungsrelevanz in der plan. QI-RL geregelt. Die plan. QI-RL sieht vor, dass für LE mit statistisch auffälligen Ergebnissen in diesen planungsrelevanten QI ein STNV durch das IQTIG durchgeführt wird. Insgesamt betrifft das elf QI aus den Verfahren GYN-OP, MC und PM-GEBH.

Da die Ergebnisse und Bewertungen der planungsrelevanten QI zur Krankenhausplanung der Länder herangezogen werden könnten, müssen die Ergebnisse auf validen Daten beruhen. Daher ist im Rahmen der plan. QI-RL eine Datenvalidierung zur Überprüfung der korrekten Dokumentation festgelegt. Diese findet vor Ort in den Krankenhäusern statt und wird von den Mitarbeitenden der LAG Geschäftsstelle durchgeführt. Nach der Datenvalidierung und Übermittlung deren Ergebnissen an das IQTIG führt dieses eine Neuberechnung der planungsrelevanten QI durch. Mit den LE, die nach der Neuberechnung statistisch signifikante Ergebnisse aufweisen, führt das IQTIG anschließend das STNV durch.

Im Jahr 2023 erfolgte erstmals seit 2019 wieder eine Datenvalidierung im Rahmen der plan. QI-RL zu Daten aus dem EJ 2022. Die Richtlinie sieht vor, dass eine Datenvalidierung bei allen Krankenhausstandorten mit statistisch signifikanten Ergebnissen in den planungsrelevanten QI sowie bei Krankenhausstandorten, die Teil einer von drei möglichen Stichproben sind, durchgeführt wird. Aufgrund geänderter Datenlieferfristen im Jahr 2023 fiel die Stichprobe aus den datennachliefernden Krankenhausstandorten weg. Somit fand die Datenvalidierung nur bei statistisch auffälligen Krankenhausstandorten, bei einer Stichprobe aller datenliefernden Krankenhausstandorten und bei Krankenhausstandorten mit statistischer Auffälligkeit im Vorjahr statt.

Insgesamt wurde im Jahr 2023 bei 47 Klinikstandorten mit 703 zu prüfenden Fällen eine Datenvalidierung durchgeführt. Davon waren 26 Klinikstandorte im aktuellen AJ in mindestens einem QI statistisch auffällig. Durch die Verbesserung von Dokumentationsfehlern, die im Rahmen der Datenvalidierung festgestellt wurden, reduzierte sich die Anzahl der Klinikstandorte mit statistischer Auffälligkeit nach Neuberechnung der Ergebnisse durch das IQTIG auf neun Standorte mit insgesamt zehn statistisch auffälligen QI-Ergebnissen.

6.2 Öffentlichkeitsarbeit

Die LAG-Geschäftsstelle ist stets bestrebt, die bayerischen LE und die interessierte Öffentlichkeit 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 dient die offizielle Webseite der LAG Bayern (https://lag-by.de/). 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. Mit durchschnittlich etwa 3.100 Besuchern pro Monat wird die Webseite sehr gut angenommen.

6.2.2 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. 650 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. 2023 wurden insgesamt 29 LAG-Infomails versendet.

6.3 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 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.

Zur Zeit sind im QS-Portal 495 zuständige Ansprechpartner:innen der stationären LE registriert. Neben den Online-Seminaren aus dem Jahr 2022 die auf der Webseite der LAG Bayern abrufbar sind, sollen im Frühjahr 2024 weitere Online-Seminare zum Thema QS-Portal abgehalten werden.

Die Mitarbeiter:innen der Datenannahmestelle der LAG Bayern stellen den laufenden Betrieb und Support für LE rund um das QS-Portal sicher.

6.4 Datenschutz

Im Geschäftsjahr 2023 zusammen wurden mit der Datenschutzbeauftragten der LAG Bayern folgende Schwerpunkte erarbeitet:

- Gap-Analyse (Lückenanalyse)
- Weiterentwicklung der Verarbeitungstätigkeiten
- Technisch-organisatorische Maßnahmen (sog. TOMs)
- Einführung eines Löschkonzepts

Für neue Mitarbeiter:innen fanden Datenschutzschulungen statt und im kommenden Geschäftsjahr 2024 sollen zusätzliche IT-Sicherheitsschulungen durchgeführt werden.

Darüber hinaus erfolgten für alle Mitarbeitenden Datenschutzschulungen. Die Datenschutzbeauftragte übernahm die datenschutzrechtliche Überprüfung der neuen Webseite der LAG Bayern sowie von Auftragsverarbeitungsverträgen externer Dienstleister.

Für das kommende Geschäftsjahr 2024 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 2023 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 43 Ausgaben der LAG Bayern

	Ist 2023
1 Personalkosten (Summe)	**895.261,39**
1.1 Löhne und Gehälter	745.181,38
1.2 Sozialversicherungsbeiträge	137.008,95
1.3 Sonstige Personalausgaben (Altersversorgung, Berufsgenossenschaft, Versicherungen, …)	8.640,31
1.4 Fortbildungen/Qualifizierungen	4.430,75
2 Sach- und Dienstleistungskosten (Summe)	**279.196,19**
2.1 Miete Geschäftsstelle inkl. Nebenkosten und Strom	117.387,43
2.2 Bürobedarf, Post-, Telefon- und Internetgebühren; Wartung, Instandhaltung, Reparaturen und Reinigung	71.451,99
2.3 Reisekosten Angestellte	7.042,08
2.4 Kosten für von der Richtlinie vorgegebene Fachgremien:	
2.4.1 Bewirtungskosten u.a.	1.127,37
2.4.2 Kosten für Patientenbeteiligung	7.559,25
2.4.3 Kosten für Fachkommissionsmitglieder	2.661,20
2.5 Kosten für Auswertestellen/Datenauswertungen (von LAG beauftragte Stelle gemäß DeQS-RL Teil 1 § 6 Absatz 2 (Summe)	*keine externe Stelle beauftragt -*
2.6 Kosten für Datenannahmestelle (von LAG beauftragte Dritte gemäß DeQS-RL Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 6) (Summe)	*kein Dritter beauftragt*
2.7 Sonstige Kosten / Anschaffungen:	
2.7.1 Fachliteratur, Beiträge für Fachgesellschaften, Software und Büromaschinen (Produktwert unter 800 € exkl. Umsatzsteuer)	3.451,31
2.7.2 Steuer- und Rechtsberatung	3.770,52
2.7.2.1 Davon „Gründungskosten“: Begleitung Betriebsübergang, Aufbau Finanzbuchhaltung, Meldung Finanzamt etc.	
2.7.3 Sonstige Fremdleistungen (welche?)	23.223,85
a) EDV- und Systembetreuungskosten	
b) Finanzbuchführung inkl. Jahresabschluss	
c) Lohnbuchführung	
d) Bestellung externer Datenschutzbeauftragter	

	Ist 2023
2.7.4 Sonstiges (Versicherungen, Jahreslizenzen für Software wie QS-Portal und Datenannahme, usw.)	41.521,19
3 Abschreibungen (Summe) (Büroeinrichtung, Hardware und Software im Wert von über 800 € exkl. Umsatzsteuer, Büromaschinen)	**14.484,82**
Gesamtausgaben (ohne Abschreibungen, d.h. Summe aus 1. und 2.)	**1.174.457,58**
Falls zutreffend: Welche Kosten (von 1. und 2.) entfallen auf besondere Aufgabenbereiche der LAG (wie z.B. Landesprojekte)?	
Gesamtausgaben inkl. Abschreibungen (Summe aus 1., 2., und anteilig 3.)	**1.188.942,40**

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 Lenkungsgremiumsbeschluss 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.
- 2.7.4 Sonstiges: Hierunter fallen Lizenzgebühren (u. a. für die Software zur Datenannahme sowie zum QS-Portal), Kosten für Versicherungen (u. a. Vermögensschadenshaftpflichtversicherung), das Landesprojekt Schlaganfall, Werbekosten etc.

Tabelle 44 Ausgaben für die Funktion der Datenannahmestelle bei der LAG

	Ist 2023 in €
1 Personalkosten (Summe)	*nicht bestimmbar*
1.1 Löhne, Gehälter, Sozialversicherungsbeiträge	
1.2 Sonstige Personalausgaben (Altersversorgung, Berufsgenossenschaft, Versicherungen, …)	
1.3 Fortbildungen/Qualifizierungen	
2 Sach- und Dienstleistungskosten (Summe)	*nicht bestimmbar*
2.1 Miete inkl. Nebenkosten und Strom	*nicht bestimmbar*
2.2 Sonstige Sachausgaben: Bürobedarf, Post-,Telefon- und Internetgebühren; Wartung, Instandhaltung, Reparaturen und Reinigung, Fachliteratur, Software und Büromaschinen (Produktwert unter 410 € exkl. Umsatzsteuer) usw.	*nicht bestimmbar*
2.3 Reisekosten Angestellte	*0,00*
2.4 Sonstige Aufwendungen (Summe)	*nicht bestimmbar*
3 Abschreibungen (Summe)	*nicht bestimmbar*
Gesamtausgaben (ohne Abschreibungen, d.h. Summe aus 1. und 2.)	*nicht bestimmbar*
Gesamtausgaben inkl. Abschreibungen (Summe aus 1., 2., und anteilig 3.)	*nicht bestimmbar*

Ausgaben für die Funktion der Datenannahmestelle sind bereits in Tabelle 43 Ausgaben der LAG Bayern enthalten. Die Ausgaben für die Datenannahmestelle werden allerdings nicht gesondert erhoben und können auch in Zukunft nicht gemessen werden, da unter anderem Räumlichkeiten (inkl. Nebenkosten) und Sachausgaben der LAG Geschäftsstelle mitverwendet werden.

Tabelle 45 Begleitstatistik der LAG

		Anzahl (bezogen auf das Kalenderjahr)
LE, die von LAG betreut[1] werden	**gesamt**	ca. 2.179
	Krankenhäuser	ca. 400
	Vertragsärzte (im Kollektivvertrag)	ca. 1.779
	Vertragsärzte (im Selektivvertrag)	--
Eingeleitete Stellungnahmeverfahren	**gesamt**	zu 1.142 Qualitätsindikatoren zu 370 Auffälligkeitskriterien
	davon schriftliche Verfahren[2]	1.512
	davon Gespräche[2]	14
	davon Begehungen[2]	2
Fachkommissions-Sitzungen	**gesamt**	52
Eingeleitete QS-Maßnahmen nach DeQS-RL Teil 1 § 17 Absatz 3 und 4	**Stufe 1[2, 3]**	98
	Stufe 2[2]	0

[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 2023

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, Eva Faltner, Tanja Grath, Jacqueline Holzach, Rebecca Moser, Jeannine Splett, Pia Wullinger

Redaktionsschluss: 07.06.2024 (V03)

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.