Geschäftsbericht 2024

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 Berichts waren beteiligt:
Julian Böhm
Mario Callies
Julia Dörsam
Eva Faltner
Tanja Grath
Jacqueline Holzach
Viola Koncz
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

Vorwort der Geschäftsführung ... 1

1 Hintergrund ... 2

2 Organe und Gremien der LAG Bayern ... 3

2.1 Gesellschafterversammlung ... 3

2.2 Lenkungsgremium ... 3

2.3 Geschäftsstelle der LAG Bayern ... 4

2.4 Fachkommissionen ... 4

2.5 Datenannahmestelle der LAG Bayern ... 6

2.6 Auswertungsstelle der LAG Bayern ... 7

3 Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) ... 8

3.1 Allgemeiner Verfahrensablauf ... 8

3.2 Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung ... 9

3.3 Übersicht Stellungnahmeverfahren 2024 gemäß DeQS-RL ... 10

3.4 Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI) ... 12

3.5 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) ... 18

3.6 Cholezystektomie (QS CHE) ... 19

3.7 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) ... 22

3.8 Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) ... 23

3.9 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) ... 26

3.10 Mammachirurgie (QS MC) ... 29

3.11 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) ... 33

3.12 Dekubitusprophylaxe (QS DEK) ... 36

3.13 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) ... 39

3.14 Perinatalmedizin (QS PM) ... 44

3.15 Hüftgelenkversorgung (QS HGV) ... 48

3.16 Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) ... 53

4 Landesverfahren Schlaganfall ... 56

4.1 Datengrundlage ... 56

4.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren in Bayern ... 56

4.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren ... 58

4.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien ... 59

4.5 Weiterführende Maßnahmen ... 59

5 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) ... 60

5.1 Durchführung des klärenden Dialogs ... 60

5.2 Richtlinienänderung ab 1. Januar 2025 ... 60

6 Weitere Tätigkeiten der LAG Geschäftsstelle ... 61

6.1 Öffentlichkeitsarbeit 61
6.2 Datenschutz 64
7 Haushalt 2024 nach Vorgaben gemäß Teil 1 § 22 Abs. 3 Satz 4 DeQS-RL 65
8 Impressum 68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Organe und Gremien der LAG Bayern GbR 3
Abbildung 2 Allgemeiner Verfahrensablauf – Schaubild 8
Abbildung 3 Textauszug aus dem Bayerischen Ärzteblatt, Ausgabe 3/2025, Seite 88 62
Abbildung 4 Textauszug aus dem Bayerischen Ärzteblatt, Ausgabe 3/2025, Seite 89 63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht Fachkommissionen 5
Tabelle 2 Dateneingang der Datenannahmestelle der Landeskrankenhausgesellschaft 7
Tabelle 3 Übersicht rechnerischer Auffälligkeiten und eingeleiteter STNV für DeQS-Verfahren im AJ 2024 10
Tabelle 4 Verfahrensübergreifende Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu Qualitätsindikatoren im AJ 2024 11
Tabelle 5 Datengrundlage gemäß „Länderbericht PCI: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie Bayern, Auswertungsjahr 2024, Erfassungsjahre 2022 und 2023“ des IQTIG, bezogen auf QS-Daten des Erfassungsjahres 2023 12
Tabelle 6 Ergebnisse QS PCI Land/Bund AJ 2024 13
Tabelle 7 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS PCI 15
Tabelle 8 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS PCI 16
Tabelle 9 Datengrundlage gemäß „Länderbericht CHE: Cholezystektomie Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahre 2022 und 2023“ des IQTIG, bezogen auf QS-Daten des Erfassungsjahres 2023 19
Tabelle 10 Ergebnisse QS CHE Land/Bund AJ 2024 19
Tabelle 11 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS CHE 20
Tabelle 12 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS CHE 21
Tabelle 13 Datengrundlage gemäß „Länderbericht KAROTIS: Karotis-Revaskularisation Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG 23
Tabelle 14 Ergebnisse QS KAROTIS Land/Bund AJ 2024 23
Tabelle 15 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS KAROTIS 24
Tabelle 16 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS KAROTIS 25
Tabelle 17 Datengrundlage gemäß „Länderbericht CAP: Ambulant erworbene Pneumonie Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG 26
Tabelle 18 Ergebnisse QS CAP Land/Bund AJ 2024 26
Tabelle 19 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS CAP 27
Tabelle 20 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS CAP 28
Tabelle 21 Datengrundlage gemäß „Länderbericht MC: Mammachirurgie Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG 29
Tabelle 22 Ergebnisse QS MC Land/Bund AJ 2024 29

Tabelle 23 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS MC .. 30
Tabelle 24 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS MC. 31
Tabelle 25 Datengrundlage gemäß „Länderbericht GYN-OP: Gynäkologische Operationen Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG 33
Tabelle 26 Ergebnisse QS GYN-OP Land/Bund AJ 2024 33
Tabelle 27 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS GYN-OP 34
Tabelle 28 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS GYN-OP 35
Tabelle 29 Datengrundlage gemäß „Länderbericht DEK: Dekubitusprophylaxe Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG 36
Tabelle 30 Ergebnisse QS DEK Land/Bund AJ 2024 36
Tabelle 31 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS DEK . 36
Tabelle 32 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS DEK 37
Tabelle 33 Datengrundlage gemäß der Länderberichte der Module im Verfahren QS HSMDEF zum AJ 2024 des IQTIG 39
Tabelle 34 Ergebnisse QS HSMDEF Land/Bund AJ 2024 40
Tabelle 35 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS HSMDEF 42
Tabelle 36 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS HSMDEF 43
Tabelle 37 Datengrundlage gemäß „Länderbericht Perinatalmedizin: Geburtshilfe Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ und „Länderbericht Perinatalmedizin: Neonatologie Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG 44
Tabelle 38 Ergebnisse QS PM Land/Bund AJ 2024 44
Tabelle 39 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS PM .. 46
Tabelle 40 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS PM . 46
Tabelle 41 Datengrundlage gemäß „Länderbericht HGV-OSFRAK: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ und „Länderbericht HGV-HEP: Hüftendoprothesenversorgung Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG 48
Tabelle 42 Ergebnisse QS HGV Land/Bund AJ 2024 48
Tabelle 43 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS HGV. 50
Tabelle 44 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS HGV 51
Tabelle 45 Datengrundlage gemäß „Länderbericht KEP: Knieendoprothesenversorgung Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG 53
Tabelle 46 Ergebnisse QS KEP Land/Bund AJ 2024 54
Tabelle 47 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS KEP .. 54
Tabelle 48 Datengrundlage Landesverfahren Schlaganfall gemäß DAS LAG Bayern 56
Tabelle 49 Ergebnisse Landesverfahren Schlaganfall in Bayern AJ 2024 57

Tabelle 50 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für das Landesverfahren Schlaganfall 58
Tabelle 51 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für das Landesverfahren Schlaganfall 59
Tabelle 52 Ausgaben der LAG Bayern 65
Tabelle 53 Ausgaben für die Funktion der Datenannahmestelle bei der LAG 66
Tabelle 54 Begleitstatistik der LAG Bayern 67

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ADSR	Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register
AK	Auffälligkeitskriterium
AJ	Auswertungsjahr
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)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GYN-OP	Gynäkologische Operationen
HI	Hirninfarkt
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
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
INEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnik
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation
KCHK	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen
KEP	Knieendoprothesenversorgung
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
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
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
MC	Mammachirurgie
MD	Medizinischer Dienst
MD-QK-RL	MD-Qualitätskontroll-Richtlinie
Min.	Minute(n)
Mm-R	Mindestmengenregelung
NET	Nierenersatztherapie
NET-DIAL	Nierenersatztherapie-Dialyse
NWIEA	QS WI – einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (ambulant)

NWIES	QS WI – einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (stationär)
NWIF	QS WI – fallbezogene QS-Dokumentation
O/E	Observed/Expected (Beobachtet/Erwartet) bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren
PatV	Patientenvertretung
PCI	Perkutane Koronarintervention
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
PM	Perinatalmedizin
PM-GEBH	Geburtshilfe
PM-NEO	Neonatologie
PPCI	Patientenbefragung PCI
QFR-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
QI	Qualitätsindikator
QI ID	Qualitätsindikator Identifikationsnummer
QS	Qualitätssicherung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SAB	Subarachnoidalblutung
SA-BA-BL	Schlaganfall Bayern Blutungen
SA-BA-HI	Schlaganfall Bayern Hirninfarkte
SA-BA-ICB	Schlaganfall Bayern intracerebrale Blutungen
SA-BA-SAB	Schlaganfall Bayern Subarachnoidalblutungen
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention
STNV	Stellungnahmeverfahren
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TOMs	Technische und organisatorische Maßnahmen
TX	Transplantationsmedizin
VVT	Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten
WI	Wundinfektion

Vorwort der Geschäftsführung

Die gesetzliche Qualitätssicherung befindet sich im Wandel – und mit ihr eröffnen sich neue, spannende Entwicklungen für die Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Bayern (LAG Bayern) GbR. Einen besonderen Impuls setzte im Geschäftsjahr 2024 das Krankenhaustransparenzgesetz: Es rückt die in der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) verankerte Aufgabe, laienverständliche Informationen für die Öffentlichkeit bereitzustellen, stärker in den Fokus. Für die Entwicklung der Verfahren bedeutet das eine neue Anforderung: Die Ergebnisse müssen künftig schneller, valider und kompakter aufbereitet werden, um Patient:innen bei ihrer Behandlungsentscheidung einen echten Mehrwert zu bieten.

25 Jahre Patientenvertretung – eine starke Stimme für Qualität

Die Patientenvertretung feierte 2024 ihr 25-jähriges Jubiläum – ein bedeutender Meilenstein für gelebte Partizipation im Gesundheitswesen. Als zentrales Element der datengestützten Qualitätssicherung bringt sie insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und in den Fachkommissionen der LAG Bayern die Perspektive der Patient:innen in die Auswahl von Qualitätsindikatoren, in die Weiterentwicklung der Verfahren und in die Bewertung von Ergebnissen ein. Damit wird Qualität nicht nur medizinisch und methodisch, sondern auch konsequent patientenorientiert gedacht. Die gesetzlich verankerte Mitwirkung fördert Transparenz, stärkt die Patientensicherheit und ermöglicht echte Teilhabe.

Im Rahmen der bundesweiten Fachveranstaltung im Oktober 2024 in München diskutierte unser Vorsitzender Dr. Ralf Langejürgen gemeinsam mit Vertreter:innen aus Selbsthilfe, Versorgung und Politik über die Zukunft der Patientenbeteiligung. Unter dem Motto „Mitreden. Mitwirken. Mitgestalten." standen die Patientenperspektive in der DeQS-Richtlinie und die zentrale Frage im Fokus, wie sich Qualität im Gesundheitswesen messbar machen lässt.

Ambulantisierung als Zukunftsaufgabe

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) nimmt die Ambulantisierung im deutschen Gesundheitswesen deutlich Fahrt auf. Diese Entwicklung wird auch die gesetzliche Qualitätssicherung beeinflussen. Künftig müssen Ergebnisse aus der ambulanten und stationären Versorgung vergleichbar gemacht werden – unter konsequenter Anwendung einer sauberen Risikoadjustierung. Es ist zu erwarten, dass viele bislang rein stationär durchgeführten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) sukzessive auch auf den ambulanten Sektor ausgeweitet werden.

Die LAG Bayern hat deshalb im Jahr 2024 einen besonderen Schwerpunkt auf die Entwicklung eines Konzepts zur Anbindung der niedergelassenen Ärzt:innen gelegt. In enger Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern wird dieser Prozess 2025 weiter vorangetrieben. Geplant ist die Entwicklung eines spezifischen Schulungskonzepts, die Einrichtung einer „QS-Sprechstunde" sowie der gezielte Ausbau der Geschäftsstelle als kompetente und verlässliche Anlaufstelle für den ambulanten Bereich.

Das Gesundheitswesen im Wandel

Das Gesundheitswesen steht vor weitreichenden Veränderungen – und wir sind ein aktiver Teil dieses Wandels. Die LAG Bayern bringt sich in Expertengremien ein, ist Impulsgeber bei der Weiterentwicklung der QS-Verfahren und aktives Mitglied in Arbeitsgruppen des G-BA auf Bundesebene. Gemeinsam mit einem hoch engagierten Team freue ich mich darauf, die Herausforderungen der kommenden Jahre anzunehmen und mitzugestalten.

Eva Faltner,
Geschäftsführung LAG Bayern GbR

LAG BAYERN

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).

Zum Berichtsjahr 2024 werden folgende QS-Verfahren unter der DeQS-RL 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)
- 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)
- Verfahren 16 – ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie)

Die QS-Verfahren zur Transplantationsmedizin und Herzchirurgie sind bundesbezogene Verfahren, bei denen die LAG Bayern lediglich die Aufgabe der Datenannahmestelle (DAS) für die Krankenhäuser innehat. Das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung befindet sich ab 1. Januar 2025 in Nordrhein-Westfalen für einen Zeitraum von sechs Jahren in Erprobung. Im Anschluss ist eine Ausweitung des Verfahrens auf die anderen Bundesländer geplant.

Die LAG Bayern übernimmt weitere, ihr zugeschriebene Aufgaben. So führte die LAG Bayern zum Beispiel im Jahr 2024 Maßnahmen gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) durch und übernahm Aufgaben im Rahmen von landesspezifischen, verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V. Für Bayern ist dies das Landesverfahren Schlaganfall. Die Evaluation der Daten nach Richtlinie des G-BA zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) fand 2024 nicht statt. Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz wurde diese Richtlinie ausgesetzt und mit Einführung des KHVVG zum Jahr 2025 abgeschafft.

2 Organe und Gremien der LAG Bayern

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

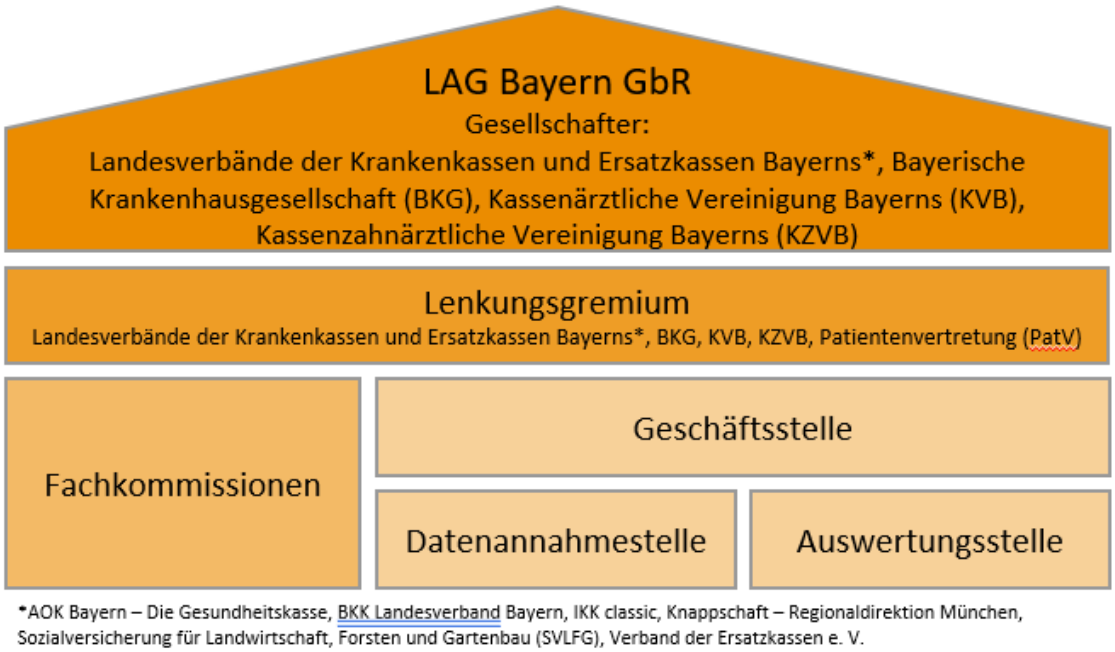

Abbildung 1 Organe und Gremien der LAG Bayern GbR

2.1 Gesellschafterversammlung

Die Gesellschafter beschließen in allen durch zwingendes Gesetzesrecht oder im Gesellschaftervertrag bestimmten Fällen. Der Vorsitz der Gesellschafterversammlung oblag im Geschäftsjahr 2024 dem BKK Landesverband Bayern.

Die Gesellschafterversammlung tagte am 16. Mai 2024 und am 5. November 2024. Es wurden zudem zwei Beschlüsse im schriftlichen Umlaufverfahren getroffen.

2.2 Lenkungsgremium

Das Lenkungsgremium ist das Entscheidungsgremium gemäß § 5 Abs. 2 DeQS-RL und paritätisch mit insgesamt zwölf stimmberechtigten Mitgliedern besetzt. Sechs davon wurden von den Kassen benannt, sechs von den Leistungserbringerorganisationen. Somit stellen die Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG), die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern (KZVB) jeweils zwei stimmberechtigte Mitglieder. Der Vorsitz des Lenkungsgremiums oblag im Geschäftsjahr 2024 dem BKK Landesverband Bayern. 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 17. Juli 2024 und am 5. November 2024. Es wurden weitere 20 Beschlüsse im schriftlichen Umlaufverfahren getroffen.

2.3 Geschäftsstelle der LAG Bayern

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

Zum 1. Januar 2024 wurde Diplom-Betriebswirtin Eva Faltner als neue Geschäftsführerin der Geschäftsstelle der LAG Bayern GbR eingesetzt. Zum Ende des Geschäftsjahres 2024 waren zehn Mitarbeitende in der Geschäftsstelle tätig. Darüber hinaus wurden zwei Mitarbeiterinnen der KVB stundenweise in die Geschäftsstelle abgeordnet.

Im Geschäftsjahr 2024 lag der Schwerpunkt der Tätigkeiten in der

- administrativen Unterstützung der Gesellschafterversammlung und des Lenkungsgremiums in deren Arbeit und bei der Umsetzung der Beschlüsse,
- Betreuung der Fachkommissionen,
- Aufbereitung der Jahresauswertungen, Ergebnisse und Stellungnahmen der Leistungserbringer (LE) zur Klärung berechneter Abweichungen bei den Ergebnissen von Qualitätsindikatoren (QI) und Auffälligkeitskriterien (AK) mit den Fachkommissionen,
- Erstellung und fristgerechten 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 Webseite, Informationsschreiben u. v. m.,
- Durchführung der Münchener Konferenz für Qualitätssicherung in Geburtshilfe, Neonatologie operativer Gynäkologie und Mammachirurgie,
- 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-RL. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, beteiligte sich die LAG Bayern GbR auch 2024 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung nahm die LAG Bayern GbR u. a. an Umfragen des IQTIG z. B. zur Eckpunktebeauftragung „Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung“ (siehe Kapitel 3.2) 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 LE erfolgen durch die Geschäftsstelle einerseits für Krankenhäuser und andererseits für Vertragsärzt:innen, sofern diese direkt die LAG Bayern kontaktieren.

2.4 Fachkommissionen

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

- die fachliche Bewertung der Ergebnisse der Länderauswertungen für Bayern,
- die Empfehlung zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens (STNV) sowie dessen Zeitraum, Art und Weise,
- die Bewertung der Stellungnahmen und Empfehlung zur Beendigung des STNV sowie ggf. zur Einleitung und Durchführung weiterer Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Für das STNV 2024 waren folgende Fachkommissionen tätig:

Tabelle 1 Übersicht Fachkommissionen

	Sitzungstermine	Inhalt der Sitzung	Sitzungsdauer in Minuten
Verfahren 1 – QS PCI	03.07.2024	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	165
	16.10.2024	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	210
Verfahren 2 – QS WI	26.06.2024	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	105
	02.10.2024	Bewertung von Stellungnahmen	165
	09.10.2024	Bewertung von Stellungnahmen	105
Verfahren 3 – QS CHE	01.07.2024	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	75
	10.10.2024	Bewertung von Stellungnahmen	210
	25.11.2024	Bewertung von Stellungnahmen	15
Verfahren 4 – QS NET	18.06.2024	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	75
	25.09.2024	Bewertung von Stellungnahmen	135
Verfahren 7 – QS KAROTIS	25.06.2024	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	105
	27.09.2024	Bewertung von Stellungnahmen	160
Verfahren 8 – QS CAP	24.06.2024	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	75
	23.09.2024	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	165
	01.10.2024	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	90
Verfahren 9 – QS MC	17.06.2024	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	75
	26.09.2024	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	120
Verfahren 10 – QS GYN-OP	25.06.2024	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	75
	15.10.2024	Bewertung von Stellungnahmen in erster Gruppe (Teil 1)	135
	11.11.2024	Bewertung von Stellungnahmen in erster Gruppe (Teil 2)	90
	12.11.2024	Bewertung von Stellungnahmen in zweiter Gruppe	75
Verfahren 11 – QS DEK	17.06.2024	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	105
	16.09.2024	Durchführung eines Kollegialgesprächs	90
	14.10.2024	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	195
	13.01.2025	Durchführung von zwei Kollegialgesprächen (zum AJ 2024)	165
Verfahren 12 – QS HSMDEF	26.06.2024	Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	105
	24.09.2024	Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	180

	Sitzungstermine		Inhalt der Sitzung	Sitzungsdauer in Minuten
Verfahren 13 – QS PM	24.06.2024		Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	120
	07.10.2024		Bewertung von Stellungnahmen in zwei Gruppen	150
	GEBH	26.11.2024	Nachbewertung von zwei Stellungnahmen	120
		21.01.2025	Durchführung von drei Kollegialgesprächen (zum AJ 2024)	210
	NEO	04.11.2024	Nachbewertung einer Stellungnahme	30
		29.01.2024	Durchführung eines Kollegialgesprächs (zum AJ 2024)	90
Verfahren 14 – QS HGV	27.06.2024		Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	105
	09.10.2024		Bewertung von Stellungnahmen	240
	10.10.2024		Bewertung von Stellungnahmen	120
	30.01.2025		Durchführung eines Kollegialgesprächs (zum AJ 2024)	90
Verfahren 15 – QS KEP	02.07.2024		Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	75
	01.10.2024		Bewertung von Stellungnahmen	60
Landesverfahren Schlaganfall	22.02.2024		Weiterentwicklung der Spezifikation und Qualitätsindikatoren	120
	25.04.2024		Sichtung und fachliche Einordnung der Jahresauswertungen	130
	25.07.2024		Bewertung von Stellungnahmen	180
∑ 14 Fachkommissionen	**∑ 42 Sitzungen**			**∑ 5.105 Min.**

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

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

2.5 Datenannahmestelle der LAG Bayern

Die Datenübermittlung für die in der DeQS-RL definierten QS-Verfahren erfolgt an die für die LE zuständigen DAS. Die DAS für kollektivvertraglich tätige Vertragsärzt:innen ist die KVB. Die LAG übernimmt die Aufgaben der DAS für die ca. 400 Krankenhäuser in Bayern. Die LAG ist als DAS für 15 bundesweit verpflichtende QS-Verfahren mit insgesamt 28 Leistungsbereichen, die Annahme der Soll- und Risikostatistiken sowie das landesweit verpflichtende QS-Verfahren Schlaganfall zuständig. Zu den Aufgaben der DAS zählen

- die Annahme der von den LE übermittelten Daten,
- die Annahme der deskriptiven Statistik der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) und der zugehörigen Konformitätserklärungen,
- die Prüfung der übermittelten Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit,
- der Support der LE im Hinblick auf die Datenerhebung und Datenübermittlung,
- die Pseudonymisierung der LE-identifizierenden Daten durch ein pro QS-Verfahren spezifisches Pseudonym,
- die Weiterleitung der Daten an die beteiligten Verfahrensteilnehmer (Versendestelle, Vertrauensstelle bzw. Bundesebene),
- die Erstellung einer Bescheinigung über die vollständig dokumentierten Datensätze (Ist) und die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll),
- die Weiterleitung der von der Bundesauswertungsstelle erstellten Rückmeldeberichte an die LE,

- die Unterstützung der LAG Geschäftsstelle bzw. der Bundesstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 bzw. § 10 DeQS-RL,
- die Identifizierung der LE, soweit dies zur Durchführung der Maßnahmen nach § 17 DeQS-RL erforderlich ist,
- die Umsetzung der Aufgaben, die sich aus den Regelungen zum Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V ergeben.

Im Kalenderjahr 2024 wurden von den stationären LE insgesamt 32.697 Dateneinsendungen vorgenommen (siehe Tabelle 2). Von allen Dateneinsendungen enthielten 29.101 Transaktionen insgesamt 782.639 Datensätze zu den gemäß DeQS-RL bundesweit verpflichtenden Erhebungsbögen verschiedener Erfassungsjahre (EJ), welche nach Prüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit an die Bundesebene weitergeleitet wurden. Für das Landesverfahren Schlaganfall verarbeitete die DAS insgesamt 64.715 Erhebungsbögen für die Auswertungsjahre (AJ) 2023 und 2024 aus 2.155 Datenübermittlungen. Die für die Prüfung der Vollzähligkeit und die Bescheinigung der fehlerfrei eingesendeten Erhebungsbögen des EJ 2023 notwendigen Soll- und Risikostatistiken wurden im Rahmen von insgesamt 1.431 Dateneinsendungen verarbeitet.

Tabelle 2 Dateneingang der Datenannahmestelle der Landeskrankenhausgesellschaft

Datengrundlage	Dateneinsendungen der LE (Transaktion)	Datensätze gesamt (Fälle)
Erhebungsbögen QS-Verfahren gemäß DeQS-RL	29.101	782.639
Sollstatistiken	925	-
Risikostatistiken	516	-
Erhebungsbögen Schlaganfall (Bayern)	2.155	64.715
Gesamt	**32.697**	**847.354**

2.6 Auswertungsstelle der LAG Bayern

Die Auswertungsstelle der LAG Bayern ist für Sonderauswertungen, Datenvisualisierung und Automatisierung von Abläufen zuständig. Im Geschäftsjahr 2024 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.

Der Auswertungsstelle der LAG Bayern stehen keine Rohdaten der Qualitätssicherung der einzelnen LE zur Verfügung, diese werden am IQTIG verarbeitet und ausgewertet. Als Schnittstelle stellt das IQTIG die sogenannte mandantenfähige Datenbank zur Verfügung, die den Mitarbeitenden der LAG Bayern im Rahmen des STNV einen Zugriff auf die Daten der LE ermöglicht.

Die Erstellung von detaillierten Auswertungen zur Beurteilung der QI durch Fachkommissionen und Lenkungsgremium ist nach wie vor Aufgabe der Auswertungsstelle der LAG Bayern. Die Darstellung, Auswertung und Analyse der Qualitätssicherungsdaten wird ständig optimiert, an die Entwicklungen in der gesetzlichen Qualitätssicherung angepasst und weiterentwickelt.

3 Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

3.1 Allgemeiner Verfahrensablauf

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

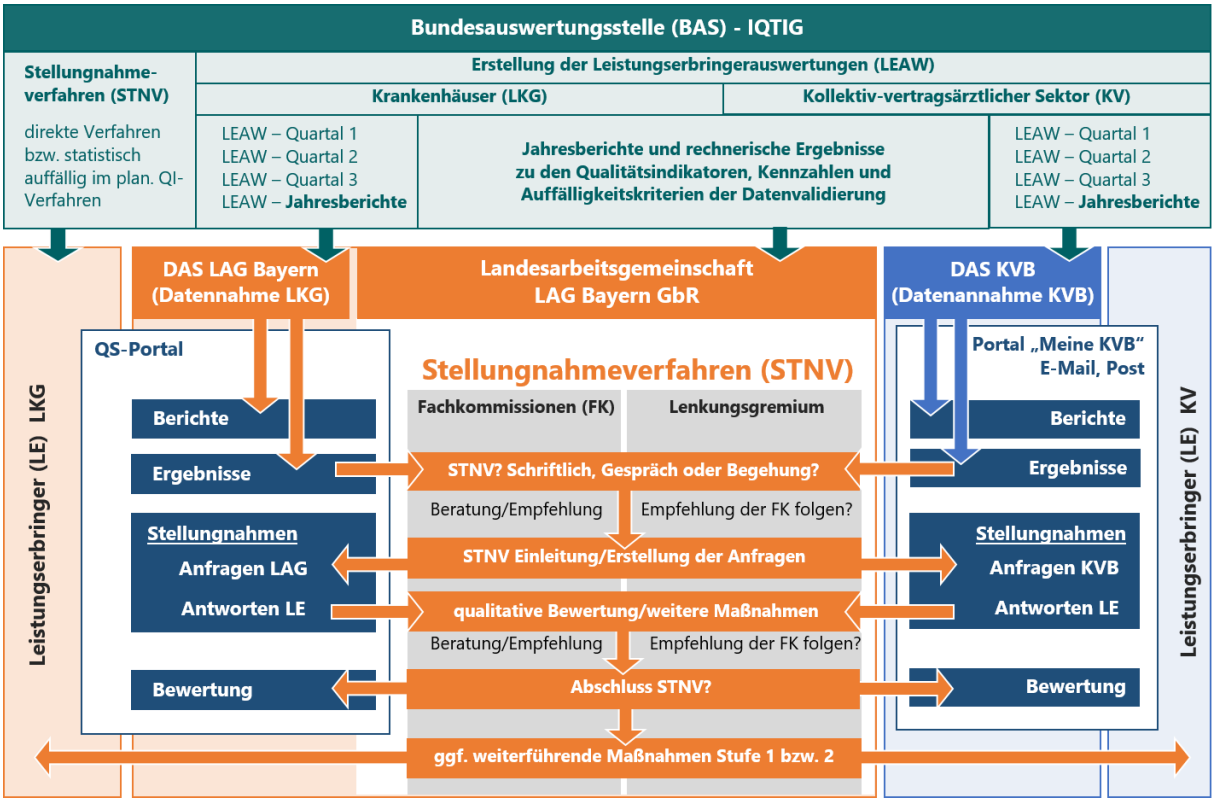

Abbildung 2 Allgemeiner Verfahrensablauf – Schaubild

Die LE liefern unterjährig ihre Daten an die jeweils zuständige DAS. Dabei liefern Krankenhäuser ihre Daten an die bei der LAG Bayern eingegliederte DAS. Für den kollektiv-vertragsärztlichen Sektor übernimmt die KVB die Aufgaben der DAS. Nach formaler Prüfung werden die Daten an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle übermittelt, das auf deren Basis dann die Leistungserbringerauswertungen (LEAW) in Form von Quartals- oder Jahresberichten erstellt. Diese werden wiederum über die DAS den LE zur Verfügung gestellt. Die DAS der LAG Bayern nutzt dazu das QS-Portal, eine Software, über die den stationären LE unter anderem o. g. Berichte zum Download bereitgestellt werden. Die Jahresberichte werden der LAG Geschäftsstelle einmal jährlich vom IQTIG als Grundlage zur Durchführung des STNV zur Verfügung gestellt.

Die Durchführung des STNV liegt in der Verantwortung der LAG Bayern. Dieses wurde 2024 sowohl zu den in der DeQS-RL geregelten länderbezogenen Verfahren als auch zum Landesverfahren Schlaganfall durchgeführt. Zunächst werden den vom Lenkungsgremium berufenen Fachkommissionen im Rahmen ihrer Sommersitzungen die rechnerisch auffälligen Ergebnisse präsentiert. Anhand dieser Informationen beraten die Fachkommissionsmitglieder zu welchen Ergebnissen sie die Einleitung eines STNV 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 Fachkommissionen werden vom Lenkungsgremium beraten und abgestimmt. Folgt das Lenkungsgremium den Empfehlungen der Fachkommissionen, wird das STNV eingeleitet.

Für den Regelfall des (zunächst) schriftlichen STNV 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 über das QS-Portal. Für kollektiv-vertragsärztliche LE wird die administrative Durchführung des schriftlichen STNV 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 im Rahmen ihrer Herbstsitzungen 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 zählen beispielsweise die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, oder 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 im Rahmen von Kollegialgesprächen oder Begehungen gemeinsam mit den LE weitere Ziele erarbeitet und in Zielvereinbarungen festgehalten. 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 den Empfehlungen der Fachkommissionen, erfolgt der Abschluss des STNV. 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 STNV so lange wie möglich in pseudonymisierter Form über das QS-Portal. Die Korrespondenz zwischen KVB und kollektiv-vertragsärztlichen LE findet über deren eigenes Portal und via E-Mail statt.

3.2 Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung

Am 19. Mai 2022 beauftragte der G-BA das IQTIG im Rahmen einer Eckpunktebeauftragung, Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung zu prüfen und zu entwickeln. In einem ersten Schritt wurden die drei Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP überarbeitet (erster Abschlussbericht). Anschließend folgte am 19. Januar 2023 die Beauftragung des IQTIG durch den G-BA, auch die übrigen Verfahren der DeQS-RL zu überarbeiten. Im Rahmen eines zweiten Abschlussberichts wurden zunächst die sechs Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV überarbeitet. Die Umsetzung der beschlossenen Änderungen wird gemäß G-BA-Beschluss vom 17. Oktober 2024 zum EJ 2026 erfolgen. Der Abschlussbericht zur Überarbeitung der übrigen Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET, QS PM und QS GYN-OP wird im Jahr 2025 erwartet.

Im Jahr 2024 konnten die LAGen im Rahmen einer Umfrage des IQTIG an der Überarbeitung der letzten fünf Verfahren mitwirken. Die LAG Bayern beteiligte sich an dieser Umfrage und gab dem IQTIG Rückmeldungen zu den betreffenden QI – zum Beispiel in Bezug auf qualitativ auffällige Bewertungen, noch nicht in der Berechnung berücksichtige Risikofaktoren oder die Datenqualität einzelner Datenfelder. Des Weiteren bestand im Jahr 2024 die Möglichkeit, die beiden vorläufigen Berichte des IQTIG zur Überarbeitung der sechs Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV sowie der übrigen fünf Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET, QS PM und QS GYN-OP vorab zu lesen und Stellungnahmen dazu abzugeben. In Zusammenarbeit mit LAG Geschäftsstellen aus anderen Bundesländern gab die LAG Bayern ihre Einschätzung zu den geplanten Änderungen in den Verfahren ab.

Auf die Details zu den bereits umgesetzten oder geplanten Änderungen in den Verfahren wird in den verfahrensspezifischen Kapiteln (3.4 bis 3.16) näher eingegangen.

3.3 Übersicht Stellungnahmeverfahren 2024 gemäß DeQS-RL

Im AJ 2024 fielen 14 QS-Verfahren in den Aufgabenbereich der LAG Bayern. Dazu zählen das Landesverfahren Schlaganfall (siehe Kapitel 4) sowie 13 landesbezogene Verfahren gemäß DeQS-RL.

In den 13 DeQS-Verfahren entstanden in Bayern im AJ 2024 insgesamt 1.976 rechnerische Auffälligkeiten. Diese Auffälligkeiten verteilten sich auf sowohl auf QI als auch auf AK im Rahmen der statistischen Basisprüfung. AK dienen der Beurteilung der Dokumentationsqualität hinsichtlich der Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität der Daten(sätze).

Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die rechnerischen Auffälligkeiten und eingeleiteten schriftlichen STNV für alle landesbezogenen DeQS-Verfahren im AJ 2024. Im Rahmen des STNV wurde in den 13 DeQS-Verfahren zu insgesamt 1.240 rechnerischen Auffälligkeiten (922 QI / 318 AK) eine schriftliche Stellungnahme angefordert.

Insgesamt wurden in 87 Fällen weiterführende Maßnahmen beschlossen, v. a. in Form von Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität oder der Prozess- und Strukturqualität.

Tabelle 3 Übersicht rechnerischer Auffälligkeiten und eingeleiteter STNV für DeQS-Verfahren im AJ 2024

QS-Verfahren	Rechnerisch auffällige Ergebnisse			STNV eingeleitet			Anzahl weiterführende Maßnahmen
	QI	AK	gesamt	QI	AK	gesamt	
QS PCI	351	58	409	69	58	127	19
QS WI	69	31	100	69	22	91	--
QS CHE	54	2	56	54	2	56	1
QS NET	182	--	182	34	--	34	--
QS KAROTIS	43	14	57	43	14	57	3
QS CAP	176	10	186	99	10	109	7
QS MC	115	23	138	58	23	81	11
QS GYN-OP	98	22	120	98	22	120	5
QS DEK	74	31	105	74	31	105	11
QS HSMDEF	134	22	156	58	22	80	1
QS PM	79	57	136	79	57	136	8
QS HGV	262	57	319	175	57	232	19
QS KEP	12	--	12	12	--	12	2
Gesamt	**1.649**	**327**	**1.976**	**922**	**318**	**1.240**	**87**

Nähere Informationen zum STNV für AK und damit zu den Ergebnissen der statistischen Basisprüfung werden in den verfahrensspezifischen Kapiteln (3.4 bis 3.16) dargestellt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf das STNV zu QI der 13 landesbezogenen DeQS-Verfahren.

Etwa die Hälfte der Stellungnahmen zu QI (n = 460) wurde von den Fachkommissionen als qualitativ unauffällig bewertet. In rund einem Viertel der Fälle (n = 235) erfolgte die Bewertung als qualitativ auffällig. Weitere 25 % (n = 227) 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 2024

QS-Verfahren	STNV eingeleitet	Bewertung		
		Qualitativ unauffällig	Qualitativ auffällig	Sonstiges
QS PCI	69	16	15	38
QS WI	69	41	25	3
QS CHE	54	44	0	10
QS NET	34	13	5	16
QS KAROTIS	43	11	20	12
QS CAP	99	26	37	36
QS MC	58	32	7	19
QS GYN-OP	98	66	12	20
QS DEK	74	11	45	18
QS HSMDEF	58	33	17	8
QS PM	79	54	20	5
QS HGV	175	108	31	36
QS KEP	12	5	1	6
Gesamt	**922**	**460**	**235**	**227**

Im Folgenden wird für jedes landesbezogene Verfahren der DeQS-RL zusammenfassend von der Arbeit mit den jeweiligen Fachkommissionen im AJ 2024 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) dargestellt. 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 Jahr 2024 – bezogen auf das EJ 2023 – mit 101,20 % insgesamt hoch. Betrachtet man die Dokumentationsraten getrennt nach LE, zeigt sich eine Unterdokumentation im vertragsärztlichen Bereich (94,19 %). Die KVB ist weiterhin unterstützend tätig, um eine nachhaltige Verbesserung der Dokumentationsrate von Vertragsärzt:innen zu erreichen. Für Krankenhäuser liegt die Dokumentationsrate konstant hoch bei 102,39 %. Diese leichte Überdokumentation lässt sich unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklären.

Tabelle 5 Datengrundlage gemäß „Länderbericht PCI: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie Bayern, Auswertungsjahr 2024, Erfassungsjahre 2022 und 2023“ des IQTIG, bezogen auf QS-Daten des Erfassungsjahres 2023

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	111.065	109.745	101,20
Krankenhäuser	2023	96.124	93.884	102,39
Vertragsärzt:innen	2023	14.939	15.861	94,19
Bund gesamt	2023	743.610	730.643	101,77

Zur Berechnung einiger QI im Verfahren QS PCI werden Sozialdaten herangezogen, die von den gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellt werden. Die Verknüpfungsrate der QS-Datensätze der LE mit den korrespondierenden Sozialdaten beträgt in Bayern 96,33 % für das AJ 2024 und weist somit noch Entwicklungspotenzial auf.

3.4.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS PCI wurde im AJ 2024 basierend auf den „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung“ des IQTIG im Rahmen der Eckpunktebeauftragung durch den G-BA stark überarbeitet. Von den bis dato 19 QI im Verfahren sollen vier QI (mit Anpassungen) fortgeführt, acht QI abgeschafft sowie sechs QI zur Überarbeitung pausiert werden. Ein bisheriger QI wird künftig als AK der Dokumentationsqualität weitergeführt.

Die Empfehlungen des IQTIG im Rahmen der Eckpunktebeauftragung wurden zum AJ 2024 zunächst teilweise umgesetzt. So kamen im AJ 2024 im Verfahren QS PCI insgesamt zwölf QI zur Auswertung. Folgende QI wurden zum AJ 2024 im Verfahren QS PCI abgeschafft:

- QI ID 56001 „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“
- QI ID 56016 „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“
- QI ID 56024 „30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)“
- QI ID 56026 „1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)“

Folgende QI wurden bereits zum AJ 2024 im Verfahren QS PCI pausiert und befinden sich aktuell in Überarbeitung:

- QI ID 56009 „Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml“
- QI ID 56010 „Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml“
- QI ID 56011 „Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml“

Die Abschaffung bzw. Pausierung weiterer QI gemäß Empfehlung ist für die kommenden AJ zu erwarten. Nähere Informationen hierzu werden im Ausblick (siehe Kapitel 3.4.6) dargestellt.

In der folgenden Tabelle werden die Ergebnisse aller QI (mit definiertem Referenzbereich) im Verfahren QS PCI für das AJ 2024 sowohl auf Bayern- als auch auf Bundesebene dargestellt.

Tabelle 6 Ergebnisse QS PCI Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
Reguläre QI (QS-datenbasiert und sozialdatenbasiert)				
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven isolierten Koronarangiographie	≥ 47,98 % (5. Perzentil)	73,62 % N = 32.608	68,72 % N = 229.732
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 73,47 % (5. Perzentil)	78,55 % N = 4.210	79,67 % N = 28.821
56004	Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt	≤ 3,57 % (95. Perzentil)	2,02 % N = 4.297	1,85 % N = 29.364
56005	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien (risikoadjustiert)	≤ 1,34 O/E (95. Perzentil)	0,88 O/E N = 70.104	0,92 O/E N = 471.769
56006	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI (risikoadjustiert)	≤ 1,17 O/E (95. Perzentil)	0,84 O/E N = 3.118	0,95 O/E N = 24.133
56007	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI (risikoadjustiert)	≤ 1,27 O/E (95. Perzentil)	0,88 O/E N = 42.770	0,92 O/E N = 278.752
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	≤ 0,14 % (90. Perzentil)	0,19 % N = 116.218	0,19 % N = 776.156
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 94,19 % (5. Perzentil)	95,36 % N = 5.665	95,01 % N = 38.531
56012*	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (risikoadjustiert)	≤ 1,07 O/E (95. Perzentil)	1,06 O/E N = 110.217	0,97 O/E N = 716.949
56018*	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (risikoadjustiert)	≤ 1,03 O/E (95. Perzentil)	0,91 O/E N = 62.558	0,98 O/E N = 413.571
56020*	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (risikoadjustiert)	≤ 1,32 O/E (95. Perzentil)	1,01 O/E N = 38.339	1,04 O/E N = 244.165
56022*	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (risikoadjustiert)	≤ 1,10 O/E (95. Perzentil)	0,92 O/E N = 6.619	0,99 O/E N = 43.161
QI der Patientenbefragung PCI (PPCI)				
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI (risikoadjustiert)	≥ 1,13 (Mittelwert)	1,09 N = 2.534	1,13 N = 13.945
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie (risikoadjustiert)	≥ 1,06 (Mittelwert)	1,03 N = 5.732	1,07 N = 33.028
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	≥ 88,02 Punkte (Mittelwert)	86,96 Punkte N = 5.633	88,02 Punkte N = 30.797

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	≥ 88,44 Punkte (Mittelwert)	89,70 Punkte N = 12.276	88,44 Punkte N = 68.221
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	≥ 87,76 Punkte (Mittelwert)	88,81 Punkte N = 12.276	87,76 Punkte N = 68.221
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	≥ 84,66 Punkte (Mittelwert)	86,15 Punkte N = 12.276	84,66 Punkte N = 68.221
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	≥ 74,59 Punkte (Mittelwert)	76,44 Punkte N = 8.266	74,59 Punkte N = 46.973
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	≥ 89,65 Punkte (Mittelwert)	90,43 Punkte N = 6.808	89,65 Punkte N = 39.481
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	≥ 80,96 Punkte (Mittelwert)	83,08 Punkte N = 8.266	80,96 Punkte N = 46.973
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	≥ 83,80 Punkte (Mittelwert)	84,54 Punkte N = 8.266	83,80 Punkte N = 46.973
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	≥ 91,44 Punkte (Mittelwert)	92,37 Punkte N = 3.243	91,44 Punkte N = 17.371
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	≥ 79,20 Punkte (Mittelwert)	80,94 Punkte N = 12.276	79,20 Punkte N = 68.221
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	≥ 61,92 Punkte (Mittelwert)	64,07 Punkte N = 3.883	61,92 Punkte N = 21.017
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglich-keiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	≥ 49,39 Punkte (Mittelwert)	49,93 Punkte N = 2.034	49,39 Punkte N = 10.867
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	≥ 92,18 Punkte (Mittelwert)	92,15 Punkte N = 1.523	92,18 Punkte N = 8.080
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	≥ 78,14 Punkte (Mittelwert)	82,07 Punkte N = 12.276	78,14 Punkte N = 68.221
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	≥ 93,11 Punkte (Mittelwert)	94,23 Punkte N = 12.276	93,11 Punkte N = 68.221
56117	Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur (risikoadjustiert)	≥ 1,02 (Mittelwert)	1,20 N = 8.266	1,02 N = 46.973
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI (risikoadjustiert)	≥ 1,02 (Mittelwert)	1,09 N = 2.534	1,02 N = 13.945

**Sozialdatenbasiert*

Die Bayern-Ergebnisse der zwölf ausgewerteten regulären QI inklusive der sozialdatenbasierten QI im Verfahren QS PCI waren überwiegend vergleichbar mit dem Bundesdurchschnitt bzw. teilweise leicht besser. Im Allgemeinen entwickelten sich die Ergebnisse im Verfahren QS PCI bayernweit positiv im Vergleich zum Vorjahr. Lediglich der QI ID 56020 zu schwerwiegenden Komplikationen innerhalb von 7 Tagen bei Patient:innen mit PCI wies bei eingeschränkter Vergleichbarkeit zum Vorjahr eine leicht negative Tendenz auf (Ergebnis AJ 2024: 1,01 O/E vs. AJ 2023: 0,96 O/E). Das bayerische Ergebnis war dabei allerdings besser als das Bundesergebnis von 1,04.

Die QI der Patientenbefragung PCI (PPCI) wurden zum AJ 2024 erstmalig vollständig ausgewertet. Für einen Großteil der QI der Patientenbefragung zeigte sich eine positive Abweichung vom Bundesdurchschnitt, für einige wenige QI ein leicht schlechteres Ergebnis in Bayern. Die Patientenbefragung befindet sich aktuell im 4,5-jährigen Probebetrieb, weswegen an dieser Stelle auf eine weitere inhaltliche Einordnung der Ergebnisse verzichtet wird.

3.4.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AJ 2024 lagen bayernweit insgesamt 351 rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse im Verfahren QS PCI vor. Dabei entfielen 97 Auffälligkeiten auf die regulären QI (QS-datenbasiert und sozialdatenbasiert) und 254 Auffälligkeiten auf QI der Patientenbefragung.

Gemäß DeQS-RL war für das AJ 2024 kein reguläres STNV für die Patientenbefragung vorgesehen, jedoch bestand die Möglichkeit auf Empfehlung der Fachkommission Rückmeldungen von LE einzuholen. Um erste Erfahrungen mit der Patientenbefragung im künftigen STNV zu sammeln, wurden stichprobenartig für jeden QI freiwillige Rückmeldungen eingeholt.

Demzufolge bezieht sich die in Tabelle 3 dargestellte Anzahl der angeforderten Stellungnahmen im Verfahren QS PCI lediglich auf die regulären QI. In 69 Fällen mit rechnerischer Auffälligkeit wurde auf Empfehlung der Fachkommission ein schriftliches STNV eingeleitet. Vom STNV ausgeschlossen wurden die Ergebnisse der sozialdatenbasierten QI, da für diese QI in den Auswertungen des IQTIG nicht alle notwendigen Informationen enthalten waren, die für eine stichhaltige und sinnvolle Stellungnahme seitens der LE notwendig wären. So fehlte 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.

Tabelle 7 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS PCI

Stellungnahmeverfahren QS PCI AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**69**
Qualitativ auffällig	**15**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	13
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	2
Sonstiges	0
Qualitativ unauffällig	**16**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	12
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	2
Sonstiges	2
Sonstiges	**38**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	36
Sonstiges	2
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

In knapp 22 % der angefragten rechnerisch auffälligen Ergebnisse kam die Fachkommission zur Empfehlung einer qualitativ auffälligen Bewertung. In vereinzelten Fällen war die Stellungnahme nicht ausreichend stichhaltig. In 13 Fällen stellte die Fachkommission Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel fest:

- Dosis-Flächen-Produkt
  - Erhöhte Strahlenbelastung bei (hoch-)komplexen Interventionen bei zugleich hohem Anteil noch einzuarbeitender Teammitglieder
  - Erhöhte Strahlenbelastung durch veraltete Methoden der Bildgebung, nicht-invasive strahlungsärmere Methoden wären teilweise möglich gewesen
  - Erhöhte Strahlenbelastung durch teils veraltete Durchleuchtungsgeräte oder durch nicht optimierte Prozesse bei der Durchleuchtung (Bildrate, Durchleuchtungszeiten)

- Door-to-Balloon-Zeit bei Herzinfarktpatient:innen (ST-Hebungsinfarkt)
  - Verzögerungen bis zur Behandlung bei Aufnahme über die Zentrale Notaufnahme
  - Verzögerungen in der Vorbereitung der Patientenaufnahme und des Herzkatheterlabors durch Defizite in der Kommunikation/Abstimmung mit dem Rettungsdienst
  - Fehlende präklinische Telemetrie durch den Rettungsdienst trotz vorhandener Infrastruktur

Über 23 % der Stellungnahmen konnten aus Sicht der Fachkommission als qualitativ unauffällig eingeschätzt werden. Die Einschätzung beruhte zum Großteil auf nachvollziehbar geschilderten Einzelfällen oder auch Einzelfällen bei Verbringungsleistungen sowie gelegentlich auf einer Mischung aus vereinzelten Dokumentationsfehlern bei ansonsten plausibel dargelegten Einzelfällen. Eine besondere klinische Situation durch Versorgung eines speziellen Patientenkollektivs mit besonders komplexen Prozeduren lag in fünf Fällen vor.

Weitere 55 % der angefragten rechnerischen Auffälligkeiten fielen in die Bewertungskategorie „Sonstiges“. Dazu zählten größtenteils Auffälligkeiten, die auf Dokumentationsfehlern beruhten.

Für alle 69 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse, die sich im STNV befanden, wurde der Abschluss des STNV beschlossen.

3.4.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS PCI erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den AK. Anhand dieser AK werden die übermittelten Daten auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

Tabelle 8 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS PCI

Stellungnahmeverfahren QS PCI AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**58**
Qualitativ auffällig	**57**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	56
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	1
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**0**
Sonstiges	**1**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Es wurde zu allen 58 rechnerisch auffälligen AK-Ergebnissen ein schriftliches STNV eingeleitet. In fast allen Fällen (n = 56) lagen Dokumentationsfehler vor. Die betroffenen LE wurden auf die fehlerhafte Dokumentation hingewiesen.

3.4.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Mit insgesamt 19 LE wurde eine Maßnahme der Stufe 1 in Form einer Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen. Die Zielvereinbarung beinhaltete eine Prüfung und Korrektur der Dokumentation im Verfahren QS PCI für das EJ 2024.

3.4.6 Ausblick

Gemäß der Eckpunktebeauftragung des G-BA erstellte das IQTIG „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung“. Das Verfahren QS PCI wurde auf Basis dieser Empfehlungen umfassend überarbeitet. Der Großteil der Empfehlungen wurde bereits zum AJ 2024 umgesetzt (siehe Kapitel 3.4.2).

Ausstehend ist noch die Umsetzung der Streichung der QI zum Dosis-Flächen-Produkt:

- QI ID 56005 Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien
- QI ID 56006 Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI
- QI ID 56007 Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI
- QI ID 56008 Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

Die Einhaltung von Maßnahmen zum Strahlenschutz solle laut IQTIG künftig durch Medizinphysikexpert:innen, ärztliche Stellen und internes Qualitätsmanagement in den Einrichtungen erfolgen. Die Streichung dieser QI erfolgt voraussichtlich zum AJ 2025.

Zwei weitere QI wurden im Abschlussbericht zwar zur Pausierung und Überarbeitung empfohlen, jedoch im AJ 2024 noch regulär ausgewertet. Dies betrifft die sozialdatenbasierten QI zu schwerwiegenden Komplikationen innerhalb von 7 Tagen bei Patient:innen mit isolierter Koronarangiographie (QI ID 56018) bzw. bei Patient:innen mit PCI (QI ID 56020). Auch hier ist eine Umsetzung der Pausierung im Folgejahr zu erwarten.

3.5 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Bei dem Verfahren QS 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, den 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

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze im Verfahren QS CHE war für Bayern im Jahr 2024 für das EJ 2023 mit 101,78 % insgesamt hoch. Es lag eine leichte Überdokumentation vor, die sich unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklären lässt.

Tabelle 9 Datengrundlage gemäß „Länderbericht CHE: Cholezystektomie Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahre 2022 und 2023“ des IQTIG, bezogen auf QS-Daten des Erfassungsjahres 2023

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	22.821	22.421	101,78
Bund gesamt	2023	159.225	157.642	101,00

Zur Berechnung aller QI im Verfahren QS CHE werden Sozialdaten herangezogen, die von den gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellt werden. Die Verknüpfungsrate der Datensätze aus den Kliniken mit den Sozialdaten war in Bayern mit 99,70 % für das EJ 2023 sehr zufriedenstellend.

3.6.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS CHE umfasst sieben risikoadjustierte 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 2024 beziehen sich die Ergebnisse dieser QI daher auf das EJ 2023. 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 2022. Die Bayern-Ergebnisse bewegten sich bei allen QI auf einem vergleichbaren Niveau wie die bundesweiten Ergebnisse. In keinem QI waren nennenswerte Differenzen zu verzeichnen und alle Werte lagen innerhalb des Referenzbereichs.

Tabelle 10 Ergebnisse QS CHE Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
Indikatoren, die auf dem EJ 2023 basieren				
58000	Operationsbedingte Gallenwegs-komplikationen innerhalb von 30 Tagen (risikoadjustiert)	≤ 3,34 O/E (95. Perzentil)	1,07 O/E N = 22.748	0,99 O/E N = 158.571
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen (risikoadjustiert)	≤ 2,22 O/E (95. Perzentil)	0,99 O/E N = 22.748	1,00 O/E N = 158.571
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen (risikoadjustiert)	≤ 3,00 O/E (95. Perzentil)	0,80 O/E N = 22.748	0,99 O/E N = 158.571
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen (risikoadjustiert)	≤ 2,63 O/E (95. Perzentil)	0,92 O/E N = 22.748	1,01 O/E N = 158.571
Indikatoren, die auf dem EJ 2022 basieren				
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (risikoadjustiert)	≤ 2,38 O/E (95. Perzentil)	0,96 O/E N = 21.453	1,04 O/E N = 149.434

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres (risikoadjustiert)	≤ 3,20 O/E (95. Perzentil)	1,42 O/E N = 21.453	1,44 O/E N = 149.434
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen (risikoadjustiert)	≤ 2,18 O/E (95. Perzentil)	0,94 O/E N = 21.453	0,97 O/E N = 149.434

Zum AJ 2024 wurde für die vier QI mit einem Follow-up-Intervall von bis zu 30 Tagen die Risikoadjustierung angepasst. Neben Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Eingriff oder Diagnose werden nun auch Komorbiditäten (z. B. Hypertonie, Diabetes, Depression) in der Risikostatistik berücksichtigt. Die Anpassung der Risikoadjustierung für die weiteren drei QI mit längeren Follow-up-Intervallen soll im AJ 2025 folgen.

3.6.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Insgesamt lagen im AJ 2024 im Verfahren QS CHE 54 rechnerische Auffälligkeiten in QI-Ergebnissen vor. In allen 54 Fällen wurde ein schriftliches STNV eingeleitet.

Tabelle 11 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS CHE

Stellungnahmeverfahren QS CHE AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**54**
Qualitativ auffällig	**0**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	0
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Sonstiges	0
Qualitativ unauffällig	**44**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	30
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	14
Sonstiges	0
Sonstiges	**10**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	7
Sonstiges	3
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Im AJ 2024 wurden keine QI-Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Einerseits handelt es sich in den geschilderten Fällen häufig um medizinisch nachvollziehbare Einzelfälle. Das Vorgehen der behandelnden Ärzt:innen war nachvollziehbar und medizinisch korrekt. Andererseits konnten in vielen Fällen die zur rechnerischen Auffälligkeit führenden Komplikationsdiagnosen, die zum Teil mehrere Wochen bis Monate nach der Cholezystektomie kodiert wurden, nicht unmittelbar auf die Cholezystektomie zurückgeführt werden.

Daher bewertete die Fachkommission mit 82 % (n = 44) den Großteil der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Vor allem nachvollziehbar begründete Einzelfälle (n = 30) führten zu dieser Einschätzung. Weitere 14 Ergebnisse wurden aufgrund von einerseits Dokumentationsfehlern in unbedenklichem Ausmaß und andererseits plausibel dargestellten Einzelfällen als qualitativ unauffällig bewertet.

In 17 % (n = 10) der Fälle erhielten die Stellungnahmen eine sonstige Bewertung. In sieben Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In drei Fällen wurde die Klinik bzw. die Abteilung bereits geschlossen, weshalb die Bewertung „Sonstiges“ erfolgte. Mit einem LE wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe Kapitel 3.6.5).

Für alle sich im STNV befindenden 54 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurde vom Lenkungsgremium der Abschluss des STNV beschlossen.

3.6.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS CHE erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den AK. Anhand der AK werden die übermittelten Daten auf Vollzähligkeit geprüft.

Tabelle 12 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS CHE

Stellungnahmeverfahren QS CHE AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**2**
Qualitativ auffällig	**2**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	2
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**0**
Sonstiges	**0**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt lagen bei den AK-Ergebnissen zwei rechnerische Auffälligkeiten vor. Zu beiden rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein STNV eingeleitet. In beiden Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

3.6.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Mit einem LE wurde eine Maßnahme der Stufe 1 in Form einer Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen. Im Rahmen der Zielvereinbarung wurde der LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2024 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

3.6.6 Ausblick

Im AJ 2025 wird im Verfahren QS CHE erstmals eine neue Methodik zur rechnerischen Auffälligkeitseinstufung zur Anwendung kommen. Nur im Verfahren QS PCI wird diese Methodik bereits seit dem AJ 2022 angewandt. Die neue Methodik ermöglicht eine bessere Berücksichtigung der fallzahlabhängigen Unsicherheit. Dadurch soll verhindert werden, dass bei LE mit niedrigen Fallzahlen überproportional häufig rechnerische Auffälligkeiten allein aus statistischen Gründen festgestellt werden.

3.7 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

Die Bundesauswertung Dialyse des AJ 2024 wurde nicht veröffentlicht und 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

In Bayern lag die Vollzähligkeit der eingesendeten Daten für das Verfahren QS KAROTIS bei 100,15 %. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann beispielsweise durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 13 Datengrundlage gemäß „Länderbericht KAROTIS: Karotis-Revaskularisation Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	4.639	4.632	100,15
Bund gesamt	2023	33.871	33.607	100,79

3.8.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS KAROTIS umfasst grundsätzlich acht QI. Insgesamt zeigten sich die Bayern-Ergebnisse im AJ 2024 mit dem Bundesdurchschnitt bzw. zum Referenzwert durchaus vergleichbar und es war lediglich eine nennenswerte Abweichung im QI ID 161800 „Postprozedurale fachneurologische Untersuchung“ zu verzeichnen. In diesem QI erfolgte eine wesentliche Anpassung der Rechenregeln. Seit dem AJ 2024 fordert der QI, dass für jede:n Patient:in nach Karotis-Revaskularisation, unabhängig von einem neu aufgetretenen neurologischen Defizit, eine fachneurologische Untersuchung postprozedural durchgeführt werden soll. Es folgte dementsprechend eine Anpassung des Referenzwertes von ehemals ≤ 5,00 % auf nun ≥ 80,00 %. Das erste Jahr der Auswertung zeigte für Bayern eine leichte Abweichung des Ergebnisses zum Bundesergebnis, jedoch nicht zum Referenzwert. Die Ursachen dazu werden in Kapitel 3.8.3 beschrieben.

Äußerst positiv zeigte sich das Bayern-Ergebnis von 0,71 (O/E) des QI ID 51873 „Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt“. Damit traten in Bayern bei kathetergestützten Karotis-Eingriffen 29 % weniger Schlaganfälle oder Todesfälle auf als anhand der Risikoprofile der Patient:innen zu erwarten gewesen wären.

Tabelle 14 Ergebnisse QS KAROTIS Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	≥ 95,00 %	98,99 % N = 2.087	99,19 % N = 13.904
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	≥ 95,00 %	99,40 % N = 1.160	99,67 % N = 8.474
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	Sentinel Event	x* % N = 10	12,61 % N = 111
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch (risikoadjustiert)	≤ 3,22 O/E (95. Perzentil)	0,82 O/E N = 3.473	1,00 O/E N = 23.741
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	≥ 95,00 %	98,70 % N = 308	98,18 % N = 3.179
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	≥ 95,00 %	99,01 % N = 203	99,29 % N = 2.387

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt (risikoadjustiert)	≤ 2,77 O/E (95. Perzentil)	0,71 O/E N = 555	0,90 O/E N = 6.373
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	≥ 80,00 %	80,30 % N = 4.168	82,12 % N = 30.594

**Bei Zähler (O)- oder Nennerwerten (N) bzw. ermittelten Ergebnissen, die weniger als vier Fälle aufzeigen, wird der konkrete Zahlenwert vom IQTIG aus Datenschutzgründen durch die Angabe x maskiert, um eine Rückrechnung auf die maskierten Angaben zu verhindern.*

3.8.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Insgesamt lagen im AJ 2024 im Verfahren QS KAROTIS 43 rechnerische Auffälligkeiten bei den QI-Ergebnissen vor. In allen 43 Fällen wurde ein schriftliches STNV eingeleitet.

Tabelle 15 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS KAROTIS

Stellungnahmeverfahren QS KAROTIS AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**43**
Qualitativ auffällig	**20**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	19
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	1
Sonstiges	0
Qualitativ unauffällig	**11**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	10
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	1
Sonstiges	0
Sonstiges	**12**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	12
Sonstiges	0
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Die Fachkommission kam insgesamt in knapp 47 % (n = 20) der angefragten QI-Ergebnisse zur Empfehlung einer qualitativ auffälligen Bewertung. Bei 18 Stellungnahmen zu Ergebnissen im QI ID 161800 erkannte die Fachkommission Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, da die erforderlichen Strukturen für das Durchführen einer postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung nicht vorgehalten wurden. In einem weiteren Fall stellte die Fachkommission Defizite bei der Indikation bzw. der Wahl der Eingriffsmethode fest. Eine Stellungnahme zu einem QI-Ergebnis ohne ausreichende Begründung wurde ebenfalls als qualitativ auffällig bewertet.

Als qualitativ unauffällig einzustufen waren insgesamt knapp 26 % (n = 11) der Stellungnahmen. In neun Fällen konnte die rechnerische Auffälligkeit der QI gut nachvollziehbar in den Stellungnahmen begründet werden. Hierbei handelte es sich häufig um die Indikatoren zu den periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen bei den offen-chirurgischen und kathetergestützten Eingriffen (QI ID 11704, 51873), in denen die Fälle medizinisch nachvollziehbar und als schicksalhafte Verläufe einzustufen waren. Des Weiteren führten eine Mischung aus vereinzelten Dokumentationsfehlern bei ansonsten plausibel dargelegten Einzelfällen sowie eine besondere klinisch komplexe Patientensituation zu einer qualitativ unauffälligen Bewertung.

Die übrigen zwölf Stellungnahmen wurden über die sonstige Bewertung als Dokumentationsfehler eingestuft. Diese Dokumentationsfehler waren insbesondere auf eine fehlerhafte Eingabe des Stenosegrades bzw. der Indikationsstellung im Dokumentationsbogen zurückzuführen. Mit zwei LE wurde diesbezüglich eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe Kapitel 3.8.5).

Für alle 43 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurde vom Lenkungsgremium der Abschluss des STNV beschlossen.

3.8.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS KAROTIS erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den AK. Anhand der AK werden die übermittelten Daten auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

Tabelle 16 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS KAROTIS

Stellungnahmeverfahren QS KAROTIS AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**14**
Qualitativ auffällig	**11**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	11
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**3**
Sonstiges	**0**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt lagen bei den AK-Ergebnissen 14 rechnerische Auffälligkeiten vor. Zu allen 14 rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein STNV eingeleitet. In elf Fällen lag eine fehlerhafte Dokumentation vor.

3.8.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Für drei LE wurden zu zwei QI-Ergebnissen und einem AK-Ergebnis aufgrund einer bestehenden Dokumentationsproblematik Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität als Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen. Diese Zielvereinbarungen beinhalteten die klinikinterne Prüfung und ggf. Korrektur der QS-Dokumentation für das EJ 2024.

3.8.6 Ausblick

Gemäß der Eckpunktebeauftragung des G-BA wurde im Rahmen eines zweiten Abschlussberichts neben fünf weiteren QS-Verfahren auch das Verfahren QS KAROTIS überarbeitet. Die Umsetzung der beschlossenen Änderungen wird gemäß G-BA-Beschluss vom 17. Oktober 2024 zum EJ 2026 erfolgen.

Für QS KAROTIS empfiehlt das IQTIG vier QI abzuschaffen. Bei den abzuschaffenden QI handelt es sich um die vier QI zur Indikationsstellung jeweils bei offen-chirurgischen bzw. kathetergestützten Eingriffen bei vorliegender asymptomatischer bzw. symptomatischer Karotisstenose (QI ID 603, 51437, 604, 51443). Im vorliegenden Abschlussbericht wird das Potenzial zur Verbesserung bei den Indikatoren als zu gering eingestuft.

Parallel zum Abschlussbericht erfolgte jedoch bereits eine relevante Änderung und Neuausrichtung oben genannter Indikatoren weg von dem alleinigen Qualitätsziel „Indikationsstellung“ und hin zum Qualitätsziel „sorgfältige Diagnosestellung“: Die ehemaligen QI ID 603 und 51437 zur Überprüfung der Indikationsstellung zum Eingriff an der Karotis bei asymptomatischen Stenosen wurden stark überarbeitet und werden im AJ 2025 zu einem neuen QI ID 162400 „Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose“ zusammengelegt. Dasselbe gilt für die ehemaligen QI ID 604 und 51443 zur Überprüfung der Indikationsstellung bei symptomatischen Stenosen. Diese QI wurden ebenfalls stark überarbeitet und in einem neuen QI ID 162401 „Indikation bei symptomatischer Karotisstenose“ zusammengelegt. Die beiden neueingeführten QI wurden vom IQTIG im Rahmen der Eckpunktebeauftragung noch nicht umfassend geprüft, weshalb für diese QI noch keine Empfehlung zur Weiterentwicklung erfolgen konnte. Laut G-BA soll das Ergebnis der noch ausstehenden Prüfung bei der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens berücksichtigt werden. Nach derzeitigem Stand werden beide QI zum AJ 2025 mit Referenzbereich dargestellt und somit Teil der Jahresauswertung im Verfahren QS KAROTIS sein.

3.9 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

3.9.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze betrug für Bayern im Jahr 2024 für das EJ 2023 101,68 %. Die leichte Überdokumentation kann unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden. Die Anzahl der zu erwartenden Datensätze nahm im Vergleich zum Vorjahr um knapp 20 % zu. Diese Erhöhung könnte auf die inhaltliche Änderung des ICD-Kodes U69.01 „Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme eintritt“ zurückzuführen sein. Durch die Änderung wurden Fälle, welche mit einer nosokomialen Pneumonie aus einer anderen Einrichtung in die datenübermittelnde Einrichtung verlegt werden, nicht mehr aus dem Verfahren QS CAP ausgeschlossen.

Tabelle 17 Datengrundlage gemäß „Länderbericht CAP: Ambulant erworbene Pneumonie Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	50.423	49.591	101,68
Bund gesamt	2023	334.062	330.404	101,11

3.9.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS CAP umfasst insgesamt sechs QI. Insgesamt lagen die Bayern-Ergebnisse auf einem ähnlichen Niveau wie die bundesweiten Ergebnisse.

Tabelle 18 Ergebnisse QS CAP Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	≥ 95,00 %	99,15 % N = 50.364	98,94 % N = 333.649
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	≥ 95,00 %	96,75 % N = 49.265	96,49 % N = 326.472
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95,00 %	95,96 % N = 36.902	96,00 % N =241.210
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	≥ 90,00 %	93,63 % N = 32.454	93,83 % N = 220.872
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	≥ 90,00 %	93,43 % N = 25.450	92,88 % N = 163.602
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 1,69 O/E (95. Perzentil)	0,78 O/E N = 42.841	0,90 O/E N = 285.505

3.9.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Insgesamt lagen im AJ 2024 bayernweit im Verfahren QS CAP 176 rechnerische Auffälligkeiten vor, was einem deutlichen Rückgang im Vergleich zum AJ 2023 (n = 234) entspricht. Es wurde jedoch nicht für alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse ein STNV eingeleitet. Einschränkungen erfolgten auf Empfehlung der Fachkommission über eine wiederholte rechnerische Auffälligkeit im betreffenden QI bzw. über die Anzahl der auffälligen Vorgänge und die Gesamtfallzahl (Nenner), da es sich bei Standorten mit weniger als 20 Fällen im Nenner und wenigen auffälligen Vorgängen in der Regel um Spezialkliniken handelt, die nur in wenigen Ausnahmefällen Pneumonien

behandeln. LE, für deren auffälliges QI-Ergebnis kein STNV eingeleitet wurde, erhielten stattdessen einen schriftlichen Hinweis mit der Bitte um klinikinterne Analyse.

Insgesamt wurde auf Empfehlung der Fachkommission für 99 rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse ein schriftliches STNV eingeleitet.

Tabelle 19 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS CAP

Stellungnahmeverfahren QS CAP AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**99**
Qualitativ auffällig	**37**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	31
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	4
Sonstiges	2
Qualitativ unauffällig	**26**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	13
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	13
Sonstiges	0
Sonstiges	**36**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	34
Sonstiges	2
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

In etwa 37 % (n = 37) der angefragten rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse kam die Fachkommission zur Empfehlung einer qualitativ auffälligen Bewertung. Als Gründe für eine qualitativ auffällige Bewertung wurden von der Fachkommission insbesondere folgende Struktur- und Prozessmängel benannt:

- Organisatorische Defizite bei den Röntgenbefunden bzw. verzögerte Diagnostik
- Organisatorische Defizite bei der zeitgerechten Umsetzung der Anordnung zur antibiotischen Therapie und der nachvollziehbaren Dokumentation, sowie teilweise verzögerte antibiotische Therapie bei Aufnahme außerhalb der Regeldienstzeit
- Fehlende Etablierung von Strukturen zur regelhaften Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme und/oder vor Entlassung auf einigen Stationen
- Fehlende Dokumentation einer als unauffällig eingeschätzten Atmung
- Fehlende Erhebung der Atemfrequenz bei Patient:innen mit einer anderen Verdachtsdiagnose als einer Pneumonie

Etwa 26 % (n = 26) der Stellungnahmen zu den rechnerisch auffälligen QI-Ergebnissen waren aus Sicht der Fachkommission als qualitativ unauffällig einzuschätzen. Diese Beurteilung basierte zu gleichen Teilen auf nachvollziehbar geschilderten Einzelfällen sowie einer Mischung aus vereinzelten Dokumentationsfehlern bei ansonsten plausibel dargelegten Einzelfällen.

Weitere 34 % (n = 34) der angefragten rechnerischen Auffälligkeiten beruhten auf Dokumentationsfehlern der LE. Für zwei LE wurde aufgrund von Klinikschließung eine sonstige Bewertung vergeben.

Für alle 99 angeforderten Stellungnahmen wurde durch das Lenkungsgremium der Abschluss des STNV beschlossen.

3.9.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS CAP erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den AK. Anhand der AK werden die übermittelten Daten auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

Tabelle 20 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS CAP

Stellungnahmeverfahren QS CAP AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**10**
Qualitativ auffällig	**7**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	5
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	2
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**3**
Sonstiges	**0**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Es wurde zu allen zehn rechnerisch auffälligen AK-Ergebnissen ein STNV eingeleitet. In 50 % (n = 5) lagen Dokumentationsfehler vor. Für einen Fall mit wiederholt festgestellten Dokumentationsmängeln wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe Kapitel 3.9.5). Ein LE, der zwei rechnerisch auffällige AK-Ergebnisse hatte, gab trotz wiederholter Aufforderung keine Stellungnahme ab und wurde daher jeweils als qualitativ auffällig bewertet. In den übrigen drei Fällen konnte eine korrekte Dokumentation anhand der eingereichten Stellungnahmen festgestellt werden.

3.9.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – qualitativ auffällige Bewertungen

Insgesamt wurden auf Empfehlung der Fachkommission für fünf LE Maßnahmen der Stufe 1 aufgrund von qualitativ auffälligen Bewertungen beschlossen. Es handelte sich in vier Fällen um Zielvereinbarungen zur Implementierung von Behandlungspfaden bzw. die Überprüfung von geänderten SOP. In einem Fall wurde eine Zielvereinbarung zur Durchführung von internen Audits zur Kodier- und Dokumentationsqualität beschlossen.

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Für ein QI- und ein AK-Ergebnis wurde mit zwei LE aufgrund einer bestehenden Dokumentationsproblematik eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität als Maßnahme der Stufe 1 geschlossen. Diese Zielvereinbarungen beinhalteten die klinikinterne Prüfung und ggf. Korrektur der QS-Dokumentation für das EJ 2024.

3.9.6 Ausblick

Gemäß der Eckpunktebeauftragung des G-BA werden schrittweise alle QS-Verfahren der DeQS-RL geprüft und ggf. überarbeitet. Für das Verfahren QS CAP empfiehlt das IQTIG in seinem Abschlussbericht, sechs der sieben QI dieses Verfahrens abzuschaffen (QI ID 2005, 2009, 2013, 2028, 2036 und 50722). Die Datenerhebung für diese QI soll gemäß Beschluss des G-BA vom 17. Oktober 2024 ab dem EJ 2026 beendet werden. Bereits ab dem AJ 2025 soll zu diesen QI kein STNV mehr durchgeführt werden. Der QI ID 50778 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ soll mit Anpassungen weitergeführt werden. Hier ist aufgrund des hohen Erhebungsaufwands die Umstellung der Berechnung anhand von Sozialdaten der Krankenkassen vorgesehen.

3.10 Mammachirurgie (QS MC)

3.10.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze lag für Bayern im Jahr 2024 für Daten des EJ 2023 bei 100,06 %. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 21 Datengrundlage gemäß „Länderbericht MC: Mammachirurgie Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	15.643	15.604	100,25
Bund gesamt	2023	104.698	104.070	100,60

3.10.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS MC umfasst insgesamt 13 QI. Der QI zur Nachresektionsrate (QI ID 60659) konnte aufgrund eines Fehlers in der Spezifikation im AJ 2024 nicht ausgewertet werden. Insgesamt liegen die Bayern-Ergebnisse auf einem ähnlichen Niveau wie die bundesweiten Ergebnisse.

Tabelle 22 Ergebnisse QS MC Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 97,00 %	98,43 % N = 11.220	98,49 % N = 75.603
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate (risikoadjustiert)	≥ 0,52 O/E (5. Perzentil)	0,98 O/E N = 9.942	0,98 O/E N = 66.533
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate (risikoadjustiert)	≤ 1,74 O/E (95. Perzentil)	0,98 O/E N = 9.942	0,98 O/E N = 66.533
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	≥ 84,93 % (5. Perzentil)	96,05 % N = 963	95,18 % N = 7.130
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	≥ 63,30 % (5. Perzentil)	87,09 % N = 3.707	85,86 % N = 24.422
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	99,39 % N = 2.293	99,48 % N = 17.571
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	99,18 % N = 5.590	98,95 % N = 31.949
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel Event	0,00 % N = 1.025	x* % N = 7.187
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5,00 %	3,68 % N = 816	2,80 % N = 5.612
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90,00 %	97,63 % N = 4.735	97,43 % N = 30.662
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 4,76 % (90. Perzentil)	1,56 % N = 7.698	1,86 % N = 50.747

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
60659	Nachresektionsrate	Nicht definiert		
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 97,92 % (5. Perzentil)	98,90 % N = 9.644	99,53 % N = 64.009

**Bei Zähler (O)- oder Nennerwerten (N) bzw. ermittelten Ergebnissen, die weniger als vier Fälle aufzeigen, wird der konkrete Zahlenwert vom IQTIG aus Datenschutzgründen durch die Angabe x maskiert, um eine Rückrechnung auf die maskierten Angaben zu verhindern.*

3.10.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AJ 2024 lagen bayernweit insgesamt 115 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 sollen. Für den QI ID 212001 („Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund“) wurden dennoch LE mit einem Ergebnis von 0 % zu einer Stellungnahme aufgefordert, auch wenn deren Gesamtfallzahl kleiner als 40 war. Insgesamt wurde in 58 Fällen ein schriftliches STNV eingeleitet. LE mit rechnerisch auffälligem Ergebnis, die nicht um eine Stellungnahme gebeten wurden, erhielten einen schriftlichen Hinweis mit der Bitte um einrichtungsinterne Analyse der Auffälligkeit.

Tabelle 23 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS MC

Stellungnahmeverfahren QS MC AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**58**
Qualitativ auffällig	**7**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	4
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	1
Sonstiges	2
Qualitativ unauffällig	**32**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	22
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	9
Sonstiges	1
Sonstiges	**19**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	18
Sonstiges	1
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Etwa 12 % (n = 7) der eingegangenen Stellungnahmen waren nach Einschätzung der Fachkommission als qualitativ auffällig zu bewerten. In einem Fall wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, weshalb eine Bewertung als qualitativ auffällig erfolgte. In vier Fällen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Konkret bemängelte die Fachkommission:

- Nicht leitliniengerechtes Vorgehen bzgl. der präoperativen Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde
- Anhaltende Probleme bei der korrekten Dokumentation

Zwei Fälle erhielten eine sonstige qualitativ auffällige Bewertung. In beiden Fällen zeigten die Stellungnahmen vereinzelt ein nicht leitliniengerechtes Vorgehen bzgl. der Indikationsstellung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bzw. bzgl. der präoperativen histologischen Sicherung des Lymphknotenstatus und der Indikation zur Axilladissektion.

Insgesamt erachtete die Fachkommission 55 % (n = 32) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig. Größtenteils führten begründete Einzelfälle zu dieser Einschätzung (n = 22). In einigen Fällen (n = 9) wurden Dokumentationsfehler in unbedenklichem Ausmaß als qualitativ unauffällig bewertet.

In 33 % (n = 18) der Stellungnahmen mit sonstiger Bewertung lagen Dokumentationsfehler vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten. Diese verteilten sich über alle QI. In einem Fall wurde die Bewertung „Sonstiges" vergeben, da die Behandlung von Brustkrebs am Standort des LE eingestellt worden war.

Für alle sich im STNV befindenden 58 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurde vom Lenkungsgremium der Abschluss des STNV beschlossen.

3.10.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS MC erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den AK. Anhand dieser AK werden die übermittelten Daten auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

Tabelle 24 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS MC

Stellungnahmeverfahren QS MC AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**23**
Qualitativ auffällig	**20**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	20
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**3**
Sonstiges	**0**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Es wurde zu allen 23 rechnerisch auffälligen AK-Ergebnissen ein STNV eingeleitet. In 87 % (n = 20) lagen Dokumentationsfehler vor. Für sechs Fälle mit wiederholt festgestellten Dokumentationsmängeln wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe Kapitel 3.10.5). In den übrigen 13 % (n = 3) der Fälle konnte in den eingereichten Stellungnahmen eine korrekte Dokumentation berichtet werden.

3.10.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – qualitativ auffällige Bewertungen

Insgesamt wurden auf Empfehlung der Fachkommission mit drei LE Maßnahmen der Stufe 1 zu insgesamt fünf qualitativ auffälligen Bewertungen geschlossen. Für drei QI-Ergebnisse wurden wegen anhaltenden Dokumentationsproblemen Maßnahmen der Stufe 1 in Form einer erweiterten Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen. Diese beinhaltete zum einen die Prüfung der korrekten Dokumentation für das EJ 2024 sowie einen Nachweis über die Durchführung einer Schulung der entsprechenden Mitarbeitenden zur korrekten Dokumentation. Aufgrund von qualitativen Auffälligkeiten wurden für zwei weitere QI-Ergebnisse Maßnahmen der Stufe 1 in Form von Zielvereinbarungen zur Erstellung einer SOP bzw. zur Implementierung von Handlungsempfehlungen gemäß Leitlinie geschlossen.

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Mit insgesamt fünf LE wurde aufgrund einer bestehenden Dokumentationsproblematik eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität als Maßnahme der Stufe 1 geschlossen. Diese Zielvereinbarungen beinhalteten die klinikinterne Prüfung und ggf. Korrektur der QS-Dokumentation für das EJ 2024.

3.10.6 Ausblick

Gemäß der Eckpunktebeauftragung des G-BA erstellte das IQTIG für das Verfahren QS MC Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Das IQTIG empfiehlt in seinem Abschlussbericht, drei QI dieses Verfahrens abzuschaffen. Die restlichen QI sollen weitergeführt werden, teils mit kleineren Anpassungen.

Konkret empfiehlt das IQTIG zum einen die Abschaffung beider QI zur HER2-Positivitätsrate (QI ID 52267 und 52278). Begründet wird dies damit, dass die Beeinflussbarkeit durch die LE für beide Indikatoren als nicht gegeben eingeschätzt wird, weil die durchführenden Untersuchenden in den meisten Fällen nicht die LE sind, denen das QI-Ergebnis zugeschrieben wird. Außerdem wird die Abschaffung des QI ID 2163 „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ empfohlen, da es aufgrund der bereits sehr guten Ergebnisse in diesem QI nur ein geringes Verbesserungspotenzial gibt. Für diese drei QI soll bereits im AJ 2025 kein STNV mehr stattfinden. Die Erhebung von Daten, die ausschließlich zur Berechnung dieser drei QI benötigt werden, soll ab dem EJ 2026 beendet werden.

Außerdem wird im AJ 2025 im Verfahren QS MC erstmals eine neue Methodik zur rechnerischen Auffälligkeitseinstufung zur Anwendung kommen. Bisher wird diese Methodik nur im Verfahren QS PCI seit dem AJ 2022 angewandt. Die neue Methodik ermöglicht eine bessere Berücksichtigung der fallzahlabhängigen Unsicherheit. Dadurch soll verhindert werden, dass bei LE mit niedrigen Fallzahlen überproportional häufig rechnerische Auffälligkeiten allein aus statistischen Gründen festgestellt werden.

3.11 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

3.11.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze lag für Bayern im Jahr 2024 für das EJ 2023 bei 100,61 %. Die geringfügige Überdokumentation ist unbedenklich und kann beispielsweise durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 25 Datengrundlage gemäß „Länderbericht GYN-OP: Gynäkologische Operationen Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	30.045	29.911	100,45
Bund gesamt	2023	181.534	180.294	100,69

3.11.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS GYN-OP umfasst sieben QI. Insgesamt bewegen sich die Bayern-Ergebnisse auf einem ähnlichen Niveau wie die Bundesergebnisse, der Referenzwert wird in keinem QI über- bzw. unterschritten.

Tabelle 26 Ergebnisse QS GYN-OP Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate O/E an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation (risikoadjustiert)	≤ 4,18 O/E	1,06 O/E N = 21.871	1,05 O/E N = 134.387
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	≤ 5,00 %	1,88 % N = 5.590	1,06 % N = 32.820
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %	8,35 % N = 2.420	7,19 % N = 15.023
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	Sentinel Event	0,67 % N = 6.529	0,91 % N = 39.191
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 40,38 % (95. Perzentil)	17,73 % N = 1.619	19,49 % N = 9.732
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	≥ 74,30 % (5. Perzentil)	90,15 % N = 5.776	88,51 % N = 34.530
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	≤ 7,25 % (90. Perzentil)	3,62 % N = 16.277	3,18 % N = 95.113

3.11.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AJ 2024 lagen bayernweit insgesamt 98 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS GYN-OP vor. Es wurde in allen Fällen ein schriftliches STNV eingeleitet.

Tabelle 27 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS GYN-OP

Stellungnahmeverfahren QS GYN-OP AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**98**
Qualitativ auffällig	**12**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	6
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	6
Sonstiges	0
Qualitativ unauffällig	**66**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	57
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	9
Sonstiges	0
Sonstiges	**20**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	19
Sonstiges	1
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

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

- Nicht nachvollziehbares Vorgehen bzgl. der Indikationsstellung zur Ovariektomie
- Hohe Verletzungsrate bei laparoskopischen Operationen
- Mängel beim Dauerkatheter-Management
- Fehlende histologische Untersuchung von entnommenem Gewebe
- Anhaltende Probleme bei der korrekten Dokumentation

Insgesamt erachtete die Fachkommission etwa zwei Drittel (n = 66) der Stellungnahmen als qualitativ unauffällig, den Großteil davon aufgrund von medizinisch nachvollziehbaren Einzelfällen. Viele dieser qualitativ unauffälligen Bewertungen entfielen auf den QI ID 60685 „Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“. Aufgrund des Sentinel Event Referenzbereichs kam es in jedem Einzelfall zu einer rechnerischen Auffälligkeit, die in den Stellungnahmen überwiegend medizinisch gut nachvollziehbar dargestellt wurden und daher als qualitativ unauffällig einzustufen waren.

In 19 % (n = 19) der Fälle lagen Dokumentationsfehler vor, die die rechnerische Auffälligkeit bedingten. Diese verteilten sich über alle QI. Mit zwei LE wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe Kapitel 3.11.5). In einem Fall wurde die Klinik bereits Ende 2023 geschlossen, weshalb eine sonstige Bewertung vergeben wurde.

Für alle 98 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurde vom Lenkungsgremium der Abschluss des STNV beschlossen.

3.11.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS GYN-OP erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den AK zur Vollzähligkeit sowie zur Plausibilität und Vollständigkeit.

Tabelle 28 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS GYN-OP

Stellungnahmeverfahren QS GYN-OP AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**22**
Qualitativ auffällig	**19**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	19
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**3**
Sonstiges	**0**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Es wurde zu allen 22 rechnerisch auffälligen AK-Ergebnissen ein STNV eingeleitet. In 86 % (n = 19) lagen Dokumentationsfehler vor. Für einen Fall mit wiederholt festgestellten Dokumentationsmängeln wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe Kapitel 3.11.5). In den übrigen 14 % (n = 3) der Fälle konnte eine korrekte Dokumentation anhand der eingereichten Stellungnahmen berichtet werden.

3.11.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – qualitativ auffällige Bewertungen

Insgesamt wurden auf Empfehlung der Fachkommission zu zwei qualitativ auffälligen QI-Ergebnissen Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen. Es handelt sich in beiden Fällen um Zielvereinbarungen zur Erstellung einer SOP.

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Mit insgesamt drei LE wurden zu zwei QI- und einem AK-Ergebnis aufgrund einer bestehenden Dokumentationsproblematik Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität als Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen. Diese Zielvereinbarungen beinhalten die klinikinterne Prüfung und ggf. Korrektur der QS-Dokumentation für das EJ 2024.

3.11.6 Ausblick

Im AJ 2025 wird im Verfahren QS GYN-OP erstmals eine neue Methodik zur rechnerischen Auffälligkeitseinstufung zur Anwendung kommen. Im Verfahren QS PCI wird diese Methodik bereits seit dem AJ 2022 angewandt. Die neue Methodik ermöglicht eine bessere Berücksichtigung der fallzahlabhängigen Unsicherheit. Dadurch soll verhindert werden, dass bei LE mit niedrigen Fallzahlen überproportional häufig rechnerische Auffälligkeiten allein aus statistischen Gründen festgestellt werden.

3.12 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

3.12.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze lag für Bayern im Jahr 2024 für Daten des EJ 2023 bei 101,66 %. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 29 Datengrundlage gemäß „Länderbericht DEK: Dekubitusprophylaxe Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	35.747	35.165	101,66
Bund gesamt	2023	273.847	271.346	100,92

3.12.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS DEK umfasst insgesamt zwei QI. Das Bayern-Ergebnis im QI ID 52009, der risikoadjustiert das Auftreten aller Dekubitalulcera (mit Ausnahme von Grad/Kategorie 1) betrachtet, war deutlich besser als das bundesweite Ergebnis. Der Sentinel-Event QI ID 52010, bei dem alle aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 einzeln betrachtet werden, lag in Bayern auf vergleichbarem Niveau mit dem Bundesergebnis. Jedem Einzelfall wurde im STNV 2024 nachgegangen.

Tabelle 30 Ergebnisse QS DEK Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) (risikoadjustiert)	≤ 2,27 O/E (95. Perzentil)	0,93 O/E N = 2.356.415	1,05 O/E N = 15.489.731
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0055 % (= 130 beobachtete Fälle) N = 2.356.415	0,0050 % (= 768 beobachtete Fälle) N = 15.489.731

3.12.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AJ 2024 lagen bayernweit insgesamt 74 rechnerische Auffälligkeiten im Verfahren QS DEK vor. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein schriftliches STNV eingeleitet.

Tabelle 31 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS DEK

Stellungnahmeverfahren QS DEK AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**74**
Qualitativ auffällig	**45**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	14
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	31
Sonstiges	0
Qualitativ unauffällig	**11**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	7
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	4

Stellungnahmeverfahren QS DEK AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Sonstiges	0
Sonstiges	**18**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	16
Sonstiges	2
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

In ca. 60 % der angefragten rechnerisch auffälligen Ergebnisse kam die Fachkommission zur Empfehlung einer qualitativ auffälligen Bewertung. In einer Vielzahl der Fälle (n = 31) war die Stellungnahme aus pflegefachlicher Sicht nicht ausreichend stichhaltig oder es wurde gar keine Stellungnahme eingereicht. In 14 Fällen stellte die Fachkommission Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel fest mit folgenden Begründungen:

- Defizite in der Risikoerfassung, der Verlaufskontrolle und der individuellen, auf die Patientenbedarfe abgestimmten Pflegeplanung
- Fehlende kontinuierliche Hautinspektionen zur frühzeitigen Erkennung einer Verschlechterung des Hautstatus mit entsprechender Maßnahmenplanung
- Defizite in der Dokumentation des Dekubitusrisikos, des Verlaufs, der geplanten/durchgeführten präventiven und/oder pflegerischen Maßnahmen
- Defizite in der fachlich korrekten Klassifikation (in Abgrenzung zu anderen Hautläsionen) und Kodierung von Dekubitalulcera bei Aufnahme und/oder im Verlauf
- Verbesserungspotential im Umgang mit Patient:innen mit psychischen Erkrankungen und fehlender Compliance
- Nicht ausreichende Präventionsstrategien für (geronto-)psychiatrische Patient:innen
- Nicht ausreichende Präventionsstrategien für Patient:innen mit Querschnittlähmung

Knapp 15 % der Stellungnahmen waren aus Sicht der Fachkommission als qualitativ unauffällig einzuschätzen. Diese beruhten zum Großteil auf nachvollziehbar geschilderten Einzelfällen sowie auf einer Mischung aus vereinzelten Dokumentationsfehlern bei ansonsten plausibel dargelegten Einzelfällen.

Weitere 25 % der angefragten rechnerischen Auffälligkeiten fielen in die Bewertungskategorie „Sonstiges“. Dazu zählten vornehmlich Auffälligkeiten, die auf Dokumentationsfehlern beruhten. In zwei Fällen wurde der Klinikstandort zwischenzeitlich geschlossen, weswegen eine Bewertung mit „Sonstiges“ erfolgte.

Für alle 74 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurde durch das Lenkungsgremium der Abschluss des STNV beschlossen.

3.12.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS DEK erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den AK. Anhand dieser AK werden die übermittelten Daten auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

Tabelle 32 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS DEK

Stellungnahmeverfahren QS DEK AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**31**
Qualitativ auffällig	**30**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	30
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**1**
Sonstiges	**0**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Es wurde zu allen 31 rechnerisch auffälligen AK-Ergebnissen ein STNV eingeleitet. In fast allen Fällen (n = 30) lagen Dokumentationsfehler vor. Die betroffenen LE wurden auf die fehlerhafte Dokumentation hingewiesen. Bei

wiederholter Auffälligkeit wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe Kapitel 3.12.5).

3.12.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – qualitativ auffällige Bewertungen

Insgesamt wurden auf Empfehlung der Fachkommission mit fünf LE Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Dazu zählen drei Kollegialgespräche mit LE, bei denen wiederholt qualitative Auffälligkeiten hinsichtlich der Dekubitusprophylaxe festgestellt wurden. Mit allen LE erfolgte im Anschluss an das kollegiale Gespräch eine Zielvereinbarung zur Umsetzung der konsentierten Verbesserungsmaßnahmen.

Mit zwei LE wurde für die als qualitativ auffällig bewerteten QI eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen, da wiederholte Dokumentationsfehler zusammen mit inhaltlich nicht ausreichenden Stellungnahmen auftraten.

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Für insgesamt fünf LE wurde aufgrund wiederholt festgestellter Dokumentationsfehler eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität als Maßnahme der Stufe 1 geschlossen. Diese Zielvereinbarungen beinhalteten die klinikinterne Prüfung und ggf. Korrektur der QS-Dokumentation für das EJ 2024.

3.12.6 Ausblick

Gemäß der Eckpunktebeauftragung des G-BA werden nach und nach alle QS-Verfahren der DeQS-RL geprüft und ggf. überarbeitet. Die abschließenden Empfehlungen des IQTIG sehen keine Änderungen an den Qualitätsindikatoren sowie keine relevanten Änderungen anderer Aspekte des Verfahrens QS DEK vor.

Das IQTIG weist im Ausblick seines Abschlussberichts auf mögliche Weiterentwicklungen hin. So wäre perspektivisch z. B. eine Berücksichtigung auch von unter 20-jährigen Patient:innen und die Berücksichtigung geräteassoziierter, durch äußeren Druck entstehende Hautschädigungen zu prüfen. Mit Blick auf die seit Jahren gleichartigen Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel im Verfahren QS DEK erachtet das IQTIG es als sinnvoll, auch relevante Prozesse zur Dekubitusprophylaxe zu erfassen. So könnte neben der Ergebnisqualität künftig auch die Prozessqualität besser adressiert werden, was jedoch mit einem deutlich erhöhten Dokumentationsaufwand einhergehen würde.

3.13 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

3.13.1 Datengrundlage

Das Verfahren QS HSMDEF ist in sechs Module unterteilt. In allen Modulen lag die Dokumentationsrate im Jahr 2024 für das EJ 2023 in Bayern jeweils um die 100 % bzw. darüber. Leichte Überdokumentationen lassen sich u. a. durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklären.

Tabelle 33 Datengrundlage gemäß der Länderberichte der Module im Verfahren QS HSMDEF zum AJ 2024 des IQTIG

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Herzschrittmacher-Implantation (HSM-IMPL)				
Bayern gesamt	2023	10.254	10.158	100,95
Bund gesamt	2023	75.430	74.758	100,90
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSM-AGGW)				
Bayern gesamt	2023	980	965	101,55
Bund gesamt	2023	9.993	9.767	102,31
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSM-REV)				
Bayern gesamt	2023	1.041	1.028	101,26
Bund gesamt	2023	7.652	7.564	101,16
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (DEFI-IMPL)				
Bayern gesamt	2023	3.047	3.029	100,59
Bund gesamt	2023	20.796	20.658	100,67
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (DEFI-AGGW)				
Bayern gesamt	2023	869	860	101,05
Bund gesamt	2023	7.310	7.199	101,54
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (DEFI-REV)				
Bayern gesamt	2023	806	803	100,37
Bund gesamt	2023	5.932	5.910	100,37

3.13.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Im Verfahren QS HSMDEF kam es im AJ 2024 zu weitreichenden Änderungen basierend auf den „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung“ des IQTIG im Rahmen der Eckpunktebeauftragung durch den G-BA. Im Verfahren QS HSMDEF wurden bisher 36 QI und zwei Kennzahlen ausgewertet. Die beiden Kennzahlen („Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben von Sonden“ in HSM-IMPL und DEFI-IMPL) sollen mit Anpassungen fortgeführt werden. Von den 36 QI sollen 13 QI (mit Anpassungen) fortgeführt, 16 QI abgeschafft und sieben QI zur Überarbeitung pausiert werden.

Die Module zu Aggregatwechseln bei Herzschrittmachern (HSM-AGGW) und implantierbaren Defibrillatoren (DEFI-AGGW) werden ab dem EJ 2025 gänzlich abgeschafft. Die QI dieser beiden Module wurden zwar im AJ 2024 noch ausgewertet, jedoch ohne die Definition eines Referenzbereichs. Auf eine Darstellung der Aggregatwechsel-Module bzw. der zugehörigen QI-Ergebnisse wird daher in den weiteren Ausführungen verzichtet.

Zum Großteil wurden die Empfehlungen des IQTIG bereits mit den endgültigen Rechenregeln zum AJ 2024 umgesetzt. Folgende QI wurden zum AJ 2024 im Verfahren QS HSMDEF abgeschafft:

- QI ID 52139 „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“ (HSM-IMPL)

- QI ID 2190 „Follow-up: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen“ (HSM-IMPL)
- QI ID 2191 „Follow-up: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren“ (HSM-IMPL)
- QI ID 102001 „Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation“ (HSM-IMPL)
- QI ID 52307 „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (HSM-AGGW)
- QI ID 111801 „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)“ (HSM-AGGW)
- QI ID 121800 „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)“ (HSM-REV)
- QI ID 52315 „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ (HSM-REV)
- QI ID 52131 „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln (DEFI-IMPL)
- QI ID 51186 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (DEFI-IMPL)
- QI ID 132000 „Follow-up: Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren“ (DEFI-IMPL)
- QI ID 52321 „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (DEFI-AGGW)
- QI ID 141800 „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)“ (DEFI-AGGW)
- QI ID 52324 „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ (DEFI-REV)

Folgende QI wurden bereits zum AJ 2024 im Verfahren QS HSMDEF pausiert und befinden sich aktuell in Überarbeitung:

- QI ID 101803 „Leitlinienkonforme Indikation“ (HSM-IMPL)
- QI ID 54140 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ (HSM-IMPL)
- QI ID 50055 „Leitlinienkonforme Indikation“ (DEFI-IMPL)
- QI ID 50005 „Leitlinienkonforme Systemwahl“ (DEFI-IMPL)
- QI ID 131802 „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)“ (DEFI-IMPL)

Die Abschaffung bzw. Pausierung weiterer QI gemäß Empfehlung ist für die kommenden AJ zu erwarten. Nähere Informationen hierzu werden im Ausblick (siehe Kapitel 3.13.6) dargestellt.

In der folgenden Tabelle 34 werden die Ergebnisse aller QI (mit definiertem Referenzbereich) für das AJ 2024 sowohl auf Bayern- als auch auf Bundesebene dargestellt. Die Darstellung erfolgt für die vier fortbestehenden Module des Verfahrens QS HSMDEF zur Implantation sowie Revision bei Herzschrittmachern bzw. implantierbaren Defibrillatoren.

Tabelle 34 Ergebnisse QS HSMDEF Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
	Herzschrittmacher-Implantation (HSM-IMPL)			
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	≤ 10,00 %	2,66 % N = 7.856	2,93 % N = 57.772
101800	Dosis-Flächen-Produkt (risikoadjustiert)	≤ 2,78 O/E (95. Perzentil)	0,74 O/E N = 10.158	0,77 O/E N = 74.874
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90,00 %	96,81 % N = 37.189	96,45 % N = 272.323
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,60 %	0,91 % N = 10.244	0,89 % N = 75.305
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion (risikoadjustiert)	≤ 4,59 O/E (95. Perzentil)	1,04 O/E N = 10.244	1,07 O/E N = 75.305

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 3,68 O/E (95. Perzentil)	0,84 O/E N = 10.244	0,90 O/E N = 73.140
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up-Indikator, risikoadjustiert)	≤ 2,51 O/E (95. Perzentil)	1,08 O/E N = 7.913	0,98 O/E N = 59.325
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up-Indikator, risikoadjustiert)	≤ 5,45 O/E (95. Perzentil)	1,15 O/E N = 7.857	0,91 O/E N = 58.948
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSM-REV)				
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 4,51 O/E (95. Perzentil)	0,71 O/E N = 1.231	0,90 O/E N = 8.769
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (DEFI-IMPL)				
131801	Dosis-Flächen-Produkt (risikoadjustiert)	≤ 2,20 O/E (95. Perzentil)	0,50 O/E N = 2.825	0,64 O/E N = 19.418
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90,00 %	97,46 % N = 9.837	97,01 % N = 67.982
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion (risikoadjustiert)	≤ 5,63 O/E	0,93 O/E N = 2.839	0,94 O/E N = 19.475
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up-Indikator, risikoadjustiert)	≤ 2,68 O/E (95. Perzentil)	1,18 O/E N = 2.251	1,06 O/E N = 15.864
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up-Indikator, risikoadjustiert)	≤ 5,76 O/E (95. Perzentil)	0,83 O/E N = 2.238	1,05 O/E N = 15.758
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (DEFI-REV)				
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,90 %	1,15 % N = 960	1,04 % N = 6.798
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus (risikoadjustiert)	≤ 4,08 O/E (95. Perzentil)	0,84 O/E N = 960	1,09 O/E N = 6.798

Im Allgemeinen entwickelten sich die Ergebnisse im Verfahren QS HSMDEF bayernweit stabil bis positiv und es sind keine nennenswerten negativen Abweichungen von den Bundesergebnissen festzustellen. Eine Ausnahme bildeten drei der vier Follow-up-Indikatoren (QI ID 2194, 132001 und 2195), in denen prozedurassoziierte Probleme oder Infektionen/Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres leistungserbringerübergreifend nachverfolgt werden. In diesen drei Follow-up-Indikatoren wich das Bayern-Ergebnis jeweils negativ vom Bundesdurchschnitt ab. Die Follow-up-Indikatoren wurden mit der Fachkommission ausführlich besprochen und im STNV intensiver betrachtet. Im STNV ergaben sich jedoch kaum qualitative Auffälligkeiten und somit Hinweise auf strukturelle oder prozedurale Ursachen für diese Indikatoren.

3.13.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im AJ 2024 lagen bayernweit insgesamt 134 rechnerisch auffällig QI-Ergebnisse im Verfahren QS HSMDEF vor. In 58 Fällen wurde auf Empfehlung der Fachkommission ein schriftliches STNV eingeleitet.

In Ermangelung einer Unterscheidung der Ergebnisse in rechnerische Auffälligkeiten und statistisch signifikante Auffälligkeiten seitens des IQTIG ist eine manuelle, systematische Auswahl von Ergebnissen für das STNV sinnvoll und notwendig. Dies ermöglicht ein zielgerichtetes STNV, durch das nachhaltige Verbesserungen der Struktur- und Prozessqualität angestoßen werden können.

Für die meisten QI wurden auf Empfehlung der Fachkommission Einzelfälle vom STNV ausgeschlossen. In der Regel können diese Fälle medizinisch begründet und nachvollziehbar dargelegt werden, sodass kein Rückschluss auf etwaige systematische Struktur- oder Prozessmängel möglich ist. Die Einzelfallregelung wurde nicht auf die QI zum Dosis-Flächen-Produkt angewandt. In den Follow-up-Indikatoren, bei denen Folgeeingriffe innerhalb eines Jahres nach Erstimplantation beobachtet werden, wurden alle LE mit einer wiederholten rechnerischen Auffälligkeit um Stellungnahme gebeten, auch wenn diese auf einem Einzelfall beruhte.

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

Tabelle 35 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS HSMDEF

Stellungnahmeverfahren QS HSMDEF AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**58**
Qualitativ auffällig	**17**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	11
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	6
Sonstiges	0
Qualitativ unauffällig	**33**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	28
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	4
Sonstiges	1
Sonstiges	**8**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	3
Sonstiges	5
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

In knapp 30 % (n = 17) der angefragten rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse kam die Fachkommission zur Empfehlung einer qualitativ auffälligen Bewertung. In sechs Fällen lieferte die Stellungnahme keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In elf Fällen erkannte die Fachkommission Hinweise auf Struktur- bzw. Prozessmängel, wie beispielsweise:

- Erhöhte Dosis-Flächen-Produkte bzw. Durchleuchtungszeiten:
  - Suboptimale Einstellungen der Durchleuchtungsgeräte bzw. Anwendung (Einblenden, Bildrate, Bildqualität, gepulste Durchleuchtung)
  - Mangelnder Einsatz gepulster Durchleuchtung
  - Teils veraltete Durchleuchtungsgeräte
- Prozessmängel bei der Fixierung von Sonden
- Struktur- und Prozessmängel bei insgesamt sehr geringem Implantationsvolumen und gleichzeitiger Häufung von Komplikationen und/oder Folgeeingriffen

Etwa 57 % (n = 33) der Stellungnahmen zu QI waren aus Sicht der Fachkommission als qualitativ unauffällig einzuschätzen. Diese beruhten zum Großteil auf nachvollziehbar geschilderten Einzelfällen oder auch Einzelfällen bei Verbringungsleistungen, sowie gelegentlich auf einer Mischung aus vereinzelten Dokumentationsfehlern bei ansonsten plausibel dargelegten Einzelfällen. In drei Fällen kam die Fachkommission zu einer Bewertung als „Besondere klinische Situation“, da sich die Ergebnisse durch statistische Verzerrungen bei Verbringungsleistungen bzw. fehlender Berücksichtigung von ambulant durchgeführten Eingriffen im Verfahren QS HSMDEF ergaben.

Weitere 14 % (n = 8) der angefragten rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse fielen in die Bewertungskategorie „Sonstiges“. Dazu zählen Kliniken mit Dokumentationsfehlern sowie Kliniken, bei denen der Standort geschlossen oder die Herzschrittmacherversorgung zwischenzeitlich eingestellt wurde.

Für alle angefragten 58 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurde der Abschluss des STNV beschlossen.

3.13.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS HSMDEF erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den AK. Anhand dieser AK werden die übermittelten Daten auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

Tabelle 36 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS HSMDEF

Stellungnahmeverfahren QS HSMDEF AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**22**
Qualitativ auffällig	**13**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	13
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**8**
Sonstiges	**1**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Es wurde zu allen 22 rechnerisch auffälligen AK-Ergebnissen ein schriftliches STNV eingeleitet. In knapp 60 % lagen Dokumentationsfehler vor. Die LE wurden auf die konkreten Dokumentationsfehler hingewiesen. In ca. 36 % konnte eine korrekte Dokumentation anhand der eingereichten Stellungnahmen bestätigt werden. In einem Fall mit wiederholt festgestellten Dokumentationsmängeln wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe Kapitel 3.13.5).

3.13.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Mit einem LE wurde eine Maßnahme der Stufe 1 in Form einer Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen. Die Zielvereinbarung beinhaltete eine Prüfung und Korrektur der Dokumentation im Verfahren QS HSMDEF für das EJ 2024.

3.13.6 Ausblick

Gemäß der Eckpunktebeauftragung des G-BA erstellte das IQTIG „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung“. Das Verfahren QS HSMDEF wurde auf Basis dieser Empfehlungen umfassend überarbeitet. Der Großteil der Empfehlungen wurde bereits zum AJ 2024 umgesetzt.

Ausstehend ist noch die Umsetzung zur Streichung der beiden QI zum Dosis-Flächen-Produkt in den Modulen zur Herzschrittmacher- und Defibrillator-Implantation. Die Einhaltung von Maßnahmen zum Strahlenschutz solle laut IQTIG künftig durch Medizinphysikexpert:innen, ärztliche Stellen und internes Qualitätsmanagement in den Kliniken erfolgen. Die Streichung dieser QI erfolgt voraussichtlich zum AJ 2025.

Zwei weitere QI wurden im Abschlussbericht zwar zur Pausierung und Überarbeitung empfohlen, jedoch im AJ 2024 noch regulär ausgewertet und im STNV bearbeitet. Dies betrifft die QI ID 52305 „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (HSM-IMPL) und 51191 „Sterblichkeit im Krankenhaus“ im Modul Herzschrittmacher-Implantation. Auch hier ist eine Umsetzung der Pausierung im Folgejahr zu erwarten.

3.14 Perinatalmedizin (QS PM)

3.14.1 Datengrundlage

Das Verfahren QS PM besteht aus zwei Modulen: Geburtshilfe (PM-GEBH) und Neonatologie (PM-NEO). Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze lag für Bayern im Jahr 2024 für Daten des EJ 2023 bei 100,75 % für das Modul PM-GEBH und bei 100,03 % für das Modul PM-NEO. Die leichte Überdokumentation lässt sich unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklären.

Tabelle 37 Datengrundlage gemäß „Länderbericht Perinatalmedizin: Geburtshilfe Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ und „Länderbericht Perinatalmedizin: Neonatologie Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Perinatalmedizin Geburtshilfe (PM-GEBH)				
Bayern gesamt	2023	111.426	110.595	100,75
Bund gesamt	2023	663.977	662.971	100,15
Perinatalmedizin Neonatologie (PM-NEO)				
Bayern gesamt	2023	14.633	14.629	100,03
Bund gesamt	2023	92.482	92.108	100,41

3.14.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Modul PM-GEBH umfasst zehn QI. Im Vergleich zum AJ 2023 wurden mehrere Anpassungen vorgenommen. Wieder eingeführt wurde der QI ID 331 „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ und neu eingeführt wurde die Qualitätsindikatorengruppe zur „Geburt in adäquater Versorgungsstufe“ (QI ID 182010, 182011, 182014). Zu Kennzahlen umgewandelt wurden die vorherigen QI „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ und „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“.

Das Modul PM-NEO umfasst acht QI. Hier gab es keine Änderungen im Vergleich zum AJ 2023.

Die Bayern-Ergebnisse aller QI der beiden Module PM-GEBH und PM-NEO lagen innerhalb des jeweiligen Referenzbereichs.

Tabelle 38 Ergebnisse QS PM Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
Perinatalmedizin Geburtshilfe (PM-GEBH)				
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %	98,85 % N = 36.087	98,95 % N = 219.354
52249	Kaiserschnittgeburt (risikoadjustiert)	≤ 1,28 O/E (90. Perzentil)	1,05 O/E N = 110.698	1,05 O/E N = 658.823
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	x* % N = 1.327	0,25 % N = 8.920
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen (risikoadjustiert)	≤ 4,46 O/E (95. Perzentil)	0,95 O/E N = 5.913	1,03 O/E N = 37.130
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %	96,69 % N = 3.175	96,98 % N = 20.031
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (risikoadjustiert)	≤ 2,32 O/E	1,00 O/E N = 104.092	1,03 O/E N = 617.518

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	Sentinel Event	x* % N = 111.358	0,00 % N = 663.556
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	Sentinel Event	0,10 % N = 10.581	0,14 % N = 65.586
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	≤ 4,77 % (95. Perzentil)	3,02 % N = 5.525	2,71 % N = 77.051
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	≤ 12,02 % (95. Perzentil)	8,63 % N = 30.547	8,79 % N = 202.551
	Perinatalmedizin Neonatologie (PM-NEO)			
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	Sentinel Event	0,22 % N = 12.183	0,22 % N = 76.629
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenen-versorgung (risikoadjustiert)	≤ 1,65 O/E (95. Perzentil)	0,84 O/E N = 1.415	0,81 O/E N = 9.221
50060	Nosokomiale Infektion (risikoadjustiert)	≤ 2,40 O/E (95. Perzentil)	1,09 O/E N = 11.845	1,01 O/E N = 74.185
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung (risikoadjustiert)	≤ 2,52 O/E (95. Perzentil)	1,19 O/E N = 5.152	0,90 O/E N = 32.304
52262	Zunahme des Kopfumfangs	≤ 22,36 % (95. Perzentil)	8,70 % N = 1.897	9,86 % N = 11.710
50063	Durchführung eines Hörtests	≥ 95,00 %	98,17 % N = 13.234	98,00 % N = 83.560
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen (risikoadjustiert)	≤ 2,62 O/E (95. Perzentil)	0,81 O/E N = 1.408	0,93 O/E N = 9.170
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen (risikoadjustiert)	≤ 2,45 O/E (95. Perzentil)	1,10 O/E N = 12.158	1,12 O/E N = 76.986

**Bei Zähler (O)- oder Nennerwerten (N) bzw. ermittelten Ergebnissen, die weniger als vier Fälle aufzeigen, wird der konkrete Zahlenwert vom IQTIG aus Datenschutzgründen durch die Angabe x maskiert, um eine Rückrechnung auf die maskierten Angaben zu verhindern.*

3.14.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im Verfahren QS PM lagen im AJ 2024 bayernweit insgesamt 79 rechnerische Auffälligkeiten in QI-Ergebnissen vor. In allen 79 Fällen wurde ein schriftliches STNV eingeleitet.

Tabelle 39 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS PM

Stellungnahmeverfahren QS PM AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**79**
Qualitativ auffällig	**20**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	15
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	3
Sonstiges	2
Qualitativ unauffällig	**54**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	48
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	6
Sonstiges	0
Sonstiges	**5**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	2
Sonstiges	3
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Bei den als qualitativ auffällig eingestuften Stellungnahmen (25 %, n = 20) lagen in den meisten Fällen Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel vor (n = 15). Konkret bemängelte die Fachkommission:

- Erhöhte Kaiserschnittrate, teilweise fast alle Kategorien des Robson Scores betreffend
- Geburten in einer Klinik mit nicht adäquater Versorgungsstufe ohne Vorliegen eines Notfalls
- Ungenügendes Temperaturmanagement bei sehr kleinen Frühgeborenen und Risiko-Lebendgeborenen
- Fehlende Durchführung eines Hörtests vor Entlassung

Dreimal konnten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt werden und zweimal lagen sonstige Gründe für die auffällige Bewertung vor.

Die meisten Stellungnahmen (68 %, n = 54) wurden von der Fachkommission als qualitativ unauffällig bewertet. Vor allem nachvollziehbar begründete Einzelfälle (n = 48) führten zu dieser Einschätzung. Weitere sechs Ergebnisse wurden aufgrund von vereinzelten Dokumentationsfehlern in unbedenklichem Ausmaß und ohne Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität als qualitativ unauffällig bewertet.

Insgesamt 6 % (n = 5) der angeforderten Stellungnahmen erhielten eine sonstige Bewertung. In zwei Fällen lagen Dokumentationsfehler vor und in drei Fällen wurde die Einrichtung zwischenzeitlich geschlossen, sodass keine Stellungnahme mehr eingeholt werden konnte.

Für alle 79 angeforderten Stellungnahmen wurde durch das Lenkungsgremium der Abschluss des STNV beschlossen.

3.14.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS PM erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den AK. Anhand der AK werden die übermittelten Daten auf Vollzähligkeit, Plausibilität und Vollständigkeit geprüft.

Tabelle 40 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS PM

Stellungnahmeverfahren QS PM AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**57**
Qualitativ auffällig	**28**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	28
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**29**
Sonstiges	**0**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Es wurde zu allen 57 rechnerisch auffälligen AK-Ergebnissen ein STNV eingeleitet. In 49 % (n = 28) lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem LE mit wiederholt festgestellten Dokumentationsmängeln wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe Kapitel 3.14.5). In den übrigen 51 % (n = 29) der Fälle konnte eine korrekte Dokumentation anhand der eingereichten Stellungnahmen festgestellt werden.

3.14.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – qualitativ auffällige Bewertungen

Insgesamt wurden auf Empfehlung der Fachkommission bei sieben LE Maßnahmen der Stufe 1 aufgrund von qualitativ auffälligen Bewertungen beschlossen. In vier Fällen wurden erweiterte Kollegialgespräche durchgeführt, eines davon aufgrund von wiederholten qualitativen Auffälligkeiten. Bei den übrigen drei LE blieben nach dem schriftlichen STNV noch Fragen offen, die in den erweiterten Kollegialgesprächen geklärt werden sollten. In einem Fall wurden die qualitativen Auffälligkeiten durch die Klinik bereits selbst erkannt und aus Sicht der Fachkommission ausreichend in Maßnahmen umgesetzt, so dass keine Zielvereinbarung geschlossen wurde. Im Anschluss an die anderen drei erweiterten Kollegialgespräche wurden Zielvereinbarungen zur Erstellung bzw. Überarbeitung einer SOP zur Verbesserung von Prozessen geschlossen.

Bei drei weiteren LE mit qualitativ auffälliger Bewertung wurden ebenfalls Zielvereinbarungen zur Erstellung bzw. Überarbeitung einer SOP geschlossen. Zusätzlich enthielt eine Zielvereinbarung die Maßgabe zur Durchführung von Fortbildungen für das ärztliche Personal.

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Mit einem LE wurde eine Maßnahme der Stufe 1 in Form einer Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen. Im Rahmen der Zielvereinbarung wurde der LE um interne Prüfung der QS-Dokumentation für das EJ 2024 und ggf. Korrektur fehlerhafter Daten(sätze) gebeten.

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). Im Jahr 2024 lag die Vollzähligkeit der gelieferten Datensätze des EJ 2023 im Modul HGV-OSFRAK bei 101,51 % und im Modul HGV-HEP bei 100,73 %. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann beispielsweise auf nachträgliche Fallzusammenführungen zurückgeführt werden.

Tabelle 41 Datengrundlage gemäß „Länderbericht HGV-OSFRAK: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ und „Länderbericht HGV-HEP: Hüftendoprothesenversorgung Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)				
Bayern gesamt	2023	10.391	10.236	101,51
Bund gesamt	2023	65.001	64.378	100,97
Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)				
Bayern gesamt	2023	49.533	49.174	100,73
Bund gesamt	2023	286.921	285.290	100,57

3.15.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Das Verfahren QS HGV umfasst 18 QI, davon gehören fünf QI zum Modul HGV-OSFRAK und 13 zum Modul HGV-HEP. Zum AJ 2024 wurde erstmals eine Risikoadjustierung für die fünf QI zu Komplikationsraten (QI ID 54016, 54017, 54029, 54018 und 54019) eingeführt. Daher erfolgte ebenso erstmals eine Darstellung als risikoadjustierte O/E-Indikatoren. Insgesamt zeigten sich die Bayern-Ergebnisse mit dem Bundesdurchschnitt durchaus vergleichbar und es sind keine nennenswerten Abweichungen vom Referenzbereich zu verzeichnen.

Tabelle 42 Ergebnisse QS HGV Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)				
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	8,84 % N = 10.231	8,80 % N = 64.138
54050	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	97,84 % N = 9.165	97,59 % N = 57.132
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung (risikoadjustiert)	≤ 2,02 O/E (95. Perzentil)	0,87 O/E N = 8.534	0,89 O/E N = 51.975
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (risikoadjustiert)	≤ 2,95 O/E (95. Perzentil)	0,82 O/E N = 10.372	0,99 O/E N = 64.915
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (risikoadjustiert)	≤ 2,74 O/E (95. Perzentil)	1,40 O/E N = 10.372	1,34 O/E N = 64.915

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
	Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)			
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≥ 90,00 %	97,52 % N = 35.857	97,60 % N = 199.907
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≥ 86,00 %	91,93 % N = 3.545	91,68 % N = 20.022
54003	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	8,67 % N = 10.698	8,96 % N = 69.665
54004	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	97,29 % N = 35.028	97,29 % N = 211.430
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (risikoadjustiert)	≤ 2,79 O/E (95. Perzentil)	1,47 O/E N = 10.688	1,35 O/E N = 69.750
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (risikoadjustiert)	≤ 4,00 O/E (95. Perzentil)	1,31 O/E N = 35.463	1,34 O/E N = 198.372
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (risikoadjustiert)	≤ 3,29 O/E (95. Perzentil)	1,49 O/E N = 3.151	1,36 O/E N = 17.528
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (risikoadjustiert)	≤ 2,58 O/E (95. Perzentil)	1,14 O/E N = 10.739	1,11 O/E N = 69.963
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (risikoadjustiert)	≤ 2,86 O/E (95. Perzentil)	0,99 O/E N = 35.857	1,03 O/E N = 199.907
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (risikoadjustiert)	≤ 2,59 O/E (95. Perzentil)	1,29 O/E N = 3.545	1,31 O/E N = 20.022
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung (risikoadjustiert)	≤ 2,41 O/E (95. Perzentil)	0,93 O/E N = 45.405	0,98 O/E N = 258.191
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (risikoadjustiert)	≤ 4,32 O/E (95. Perzentil)	0,93 O/E N = 38.745	0,98 O/E N = 216.635
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (risikoadjustiert)	≤ 2,49 O/E (95. Perzentil)	0,99 O/E N = 45.769	0,97 O/E N = 272.592

3.15.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im Verfahren QS HGV lagen im AJ 2024 bayernweit insgesamt 262 rechnerische Auffälligkeiten bei QI-Ergebnissen vor.

In Ermangelung einer Unterscheidung der Ergebnisse in rechnerische Auffälligkeiten und statistisch signifikante Auffälligkeiten seitens des IQTIG erscheint eine manuelle, systematische Auswahl von LE bei der Einleitung des

STNV für QI sinnvoll und notwendig. Dies ermöglicht ein zielgerichtetes STNV, in dem nachhaltige Verbesserungen der Struktur- und Prozessqualität angestoßen werden können.

Auf Empfehlung der Fachkommission sollten einzelfallbedingte Auffälligkeiten aus dem STNV ausgeschlossen werden. Im Rahmen einer Cluster-Analyse sollten jedoch alle LE-Ergebnisse berücksichtigt werden, die einzelfallbedingte Auffälligkeiten in mindestens drei QI aufwiesen oder die wiederholt rechnerisch auffällig waren. Diese Cluster-Analyse wurde allen rechnerischen Auffälligkeiten zugrunde gelegt. Weitere Eingrenzungsstrategien wurden auf Basis von wiederholter rechnerischer Auffälligkeit oder der Konzentration auf Ausreißer-Ergebnisse bei einigen QI-Ergebnissen angewendet: Bei den QI zur Sturzprophylaxe (QI ID 54050, 54004), Gehunfähigkeit bei Entlassung (QI ID 54033, 54012) sowie zur Indikation (QI ID 54001, 54002) stellen sich erfahrungsgemäß im STNV häufig Dokumentationsfehler als Ursache für die rechnerische Auffälligkeit heraus, weshalb auch in diesen QI entsprechende Eingrenzungen vorgenommen wurden. Bei den QI zu den Komplikationsraten mit bereits bestehender Risikoadjustierung (QI ID 54042, 54015, 54120) ergibt das STNV erfahrungsgemäß sehr häufig ein qualitativ unauffälliges Ergebnis ohne relevantem Verbesserungspotenzial, weshalb in diesem QI auch nur Ausreißer-Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

Insgesamt wurde auf Empfehlung der Fachkommission in 175 Fällen ein schriftliches STNV eingeleitet. LE mit rechnerisch auffälligem Ergebnis, die nicht um eine Stellungnahme gebeten wurden, erhielten einen schriftlichen Hinweis mit der Bitte um einrichtungsinterne Analyse der Auffälligkeit.

Tabelle 43 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS HGV

Stellungnahmeverfahren QS HGV AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**175**
Qualitativ auffällig	**31**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	21
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	10
Sonstiges	0
Qualitativ unauffällig	**108**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	68
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	40
Sonstiges	0
Sonstiges	**36**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	34
Sonstiges	2
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt kam die Fachkommission in etwa 18 % (n = 31) der angefragten rechnerisch auffälligen Ergebnisse zur Empfehlung einer qualitativ auffälligen Bewertung. In zehn Fällen wurde entweder keine Stellungnahme eingereicht oder es wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt. In 21 Stellungnahmen zu QI-Ergebnissen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aus den folgenden Gründen gesehen:

- Organisationsmängel/zu häufig fehlende OP-Kapazitäten
- Erforderliche Umstrukturierungsmaßnahmen im OP-Management
- Insuffiziente präoperative Abläufe bei der Diagnostik
- Nicht mehr vorhandene präoperative Röntgenbilder
- Häufung von Komplikationen, die auf Defizite in der präoperativen Vorbereitung hindeuten
- Hinweise auf Defizite in den Prozessen hinsichtlich Patientenselektion/Implantatwahl, OP-Technik und Lagerung

Als qualitativ unauffällig einzustufen waren insgesamt knapp 62 % (n = 108) der Stellungnahmen. In 68 Fällen konnte die rechnerische Auffälligkeit der QI gut nachvollziehbar in den Stellungnahmen begründet werden. Eine

Mischung aus vereinzelten Dokumentationsfehlern bei ansonsten plausibel dargelegten Einzelfällen erkannte die Fachkommission in 40 Fällen.

Weitere 34 Stellungnahmen (19 %) wurden über die sonstige Bewertung als Dokumentationsfehler eingestuft. Die Dokumentationsfehler waren insbesondere auf eine inkorrekte Eingabe der Datenfelder zum Kellgren-Lawrence-Score sowie auf eine fehlerhafte Eingabe der Datenfelder zur Gehunfähigkeit zurückzuführen. Auch bei der Angabe von Indikationskriterien und Komplikationen waren deutliche Mängel in der Dokumentation in den QS-Bögen festzustellen. In zwei Fällen konnten aufgrund der geringen Fallzahl keine Struktur- und Prozessmängel abgeleitet werden, daher erfolgte die Abbildung dieser Fälle über „Sonstiges“.

Für alle 175 angefragten rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurde vom Lenkungsgremium der Abschluss des STNV beschlossen.

3.15.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS HGV erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den AK. Anhand dieser AK werden die übermittelten Daten auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

Tabelle 44 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für QS HGV

Stellungnahmeverfahren QS HGV AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**57**
Qualitativ auffällig	**51**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	48
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	3
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**6**
Sonstiges	**0**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Es wurde zu allen 57 rechnerisch auffälligen AK-Ergebnissen ein STNV eingeleitet. In 48 Fällen lag eine fehlerhafte Dokumentation vor. In drei Fällen wurde bis zum Fristende keine Stellungnahme eingereicht. Die korrekte Dokumentation anhand der eingereichten Stellungnahmen konnte in sechs Fällen berichtet werden. Für acht AK-Ergebnisse mit wiederholt festgestellten Dokumentationsmängeln wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen (siehe Kapitel 3.15.5).

3.15.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – qualitativ auffällige Bewertungen

Auf Empfehlung der Fachkommission wurden mit drei LE Maßnahmen der Stufe 1 zu insgesamt fünf qualitativ auffälligen QI-Ergebnissen geschlossen.

Aufgrund von anhaltenden qualitativen Auffälligkeiten wurde mit einem LE zu zwei QI-Ergebnissen ein Kollegialgespräch zur Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt. Mit dem LE erfolgte im Anschluss an das kollegiale Gespräch eine Zielvereinbarung zur Umsetzung der konsentierten Verbesserungsmaßnahmen.

Zu drei QI-Ergebnissen erfolgte mit zwei LE der Abschluss einer Zielvereinbarung zum Festhalten von Implementierungs-/Handlungsempfehlungen hinsichtlich der Sturzrisikoeinschätzung und Sturzprophylaxe sowie der präoperativen Verweildauer bei der Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen.

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Mit insgesamt zwölf LE wurde zu acht AK-Ergebnissen und sechs QI-Ergebnissen aufgrund einer bestehenden Dokumentationsproblematik eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität als Maßnahme

der Stufe 1 geschlossen. Diese Zielvereinbarungen beinhalteten die klinikinterne Prüfung und ggf. Korrektur der QS-Dokumentation für das EJ 2024.

3.15.6 Ausblick

Gemäß der Eckpunktebeauftragung des G-BA erstellte das IQTIG für das Verfahren QS HGV Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Die Umsetzung der beschlossenen Änderungen soll gemäß G-BA-Beschluss vom 17. Oktober 2024 zum EJ 2026 erfolgen.

Konkret empfiehlt das IQTIG in seinem Abschlussbericht für das Verfahren QS HGV vier QI von den bis dato 18 QI abzuschaffen.

Es handelt sich dabei um zwei QI zur Indikationsstellung (QI ID 54001, 54002), für die die Validität der Messung als zu gering eingestuft wird, da die angemessene Indikation mit den derzeitigen Indikationskriterien nicht ausreichend abgebildet sei. Für die zwei QI zur Sturzprophylaxe (QI ID 54050, 54004) empfiehlt das IQTIG aufgrund niedriger Validität, Objektivität, Reliabilität und Datenqualität ebenfalls deren Abschaffung. Perspektivisch sollen alternative Ansätze zur Datenerhebung geprüft werden. Die vormals geplante Zusammenlegung der beiden Module HGV-OSFRAK und HGV-HEP wird gemäß G-BA-Beschluss nicht erfolgen.

Für den Sterblichkeits-QI (QI ID 54013), den Follow-up-QI (QI ID 10271) sowie die acht QI zu den Komplikationsraten (QI ID 54029, 54042, 54015, 54016, 54017, 54018, 54019 und 54120) soll eine Umstellung auf sozialdatenbasierte QI erfolgen. Auf die QS-Dokumentation wird für diese QI nicht vollständig verzichtet werden können, jedoch soll der Aufwand für die LE erheblich reduziert werden. Das IQTIG wurde dazu vom G-BA bereits am 2. November 2022 beauftragt, die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in den Verfahren QS HGV und QS KEP zu prüfen und – sofern möglich – hierzu QI für die DeQS-RL zu entwickeln. Der mit Beschluss vom G-BA am 17. Oktober 2024 freigegebene Bericht des IQTIG zur Integration von Sozialdaten sieht die Implementierung von 15 neuen sozialdatenbasierten QI mit Follow-Up-Zeiträumen von 90 bzw. 365 Tagen vor. Diese 15 neuen QI sollen die ehemaligen QI zu Komplikationsraten ersetzen. Aktuell geplant ist diese Umstellung für die Spezifikation des EJ 2026.

3.16 Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

3.16.1 Datengrundlage

Die Vollzähligkeit der eingegangenen Datensätze lag für Bayern im Jahr 2024 für Daten des EJ 2023 bei 100,67 %. Die leichte Überdokumentation ist unbedenklich und kann beispielsweise durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklärt werden.

Tabelle 45 Datengrundlage gemäß „Länderbericht KEP: Knieendoprothesenversorgung Bayern Auswertungsjahr 2024 Erfassungsjahr 2023“ des IQTIG

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	40.154	39.887	100,67
Bund gesamt	2023	216.971	215.537	100,67

3.16.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren Land/Bund

Gemäß der Eckpunktebeauftragung des G-BA erstellte das IQTIG „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung“. Das Verfahren QS KEP wurde auf Basis dieser Empfehlungen umfassend überarbeitet. Von den bis dato zehn QI werden drei QI abgeschafft sowie fünf QI pausiert und überarbeitet. Diese Empfehlungen wurden bereits mit den endgültigen Rechenregeln zum AJ 2024 umgesetzt.

Folgende QI werden zum AJ 2024 im Verfahren QS KEP ohne Referenzwert geführt und perspektivisch abgeschafft:

- QI ID 54020 „Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation“
- QI ID 54021 „Indikation zur unikondylären Schlittenprothese“
- QI ID 54022 „Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“

Folgende QI werden zum AJ 2024 im Verfahren QS KEP ohne Referenzwert geführt und perspektivisch überarbeitet:

- QI ID 54123 „Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation“
- QI ID 50481 „Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“
- QI ID 54124 „Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
- QI ID 54125 „Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“
- QI ID 54127 „Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“

Die oben genannten acht QI wurden im AJ 2024 ohne Definition eines Referenzbereichs geführt, weshalb in folgender Tabelle 46 und in den weiterfolgenden Ausführungen auf eine Darstellung der Ergebnisse dieser QI verzichtet wird. Die Darstellung erfolgt für die zwei noch verbleibenden QI.

Aufgrund eines Fehlers bei der Umstellung des Follow-Up-Indikators QI ID 54128 „Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen“ konnte das IQTIG für das EJ 2023 keine korrekten Ergebnisse berechnen. Eine Veröffentlichung von Bundesergebnissen und die Durchführung eines STNV im AJ 2024 konnte infolgedessen nicht erfolgen.

Ein STNV konnte im AJ 2024 daher lediglich für den QI ID 54028 „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ durchgeführt werden. Die Ergebnisentwicklung des QI zeigte sich stabil ohne Abweichungen zum Referenzbereich bzw. Bundesergebnis.

Tabelle 46 Ergebnisse QS KEP Land/Bund AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024	Ergebnis Bund AJ 2024
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung (risikoadjustiert)	≤ 4,44 O/E (95. Perzentil)	0,95 O/E N = 39.206	1,43 O/E N = 210.286
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	≥ x %* (5. Perzentil)	-	-

**Aufgrund eines Fehlers des IQTIGs in den Rechenregeln können die Ergebnisse für den QI 54128 nicht dargestellt werden*

3.16.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Aufgrund der oben beschriebenen Problematik sind im Verfahren QS KEP für das AJ 2024 nur zwölf rechnerische Auffälligkeiten in QI-Ergebnissen zu verzeichnen. Für alle Fälle wurde ein STNV eingeleitet.

Tabelle 47 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für QS KEP

Stellungnahmeverfahren QS KEP AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**12**
Qualitativ auffällig	**1**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	0
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	1
Sonstiges	0
Qualitativ unauffällig	**5**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	0
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	5
Sonstiges	0
Sonstiges	**6**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	5
Sonstiges	1
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Bei einer Stellungnahme erfolgte eine qualitativ auffällige Bewertung, da keine ausreichende Begründung für die rechnerische Auffälligkeit benannt wurde.

Etwa 41 % (n = 5) der Stellungnahmen wurden als qualitativ unauffällig eingestuft. In einem Fall konnte die rechnerische Auffälligkeit gut nachvollziehbar in der Stellungnahme begründet werden. In vier Fällen erkannte die Fachkommission eine Mischung aus vereinzelten Dokumentationsfehlern bei ansonsten plausibel dargelegten Einzelfällen.

Die verbleibende Hälfte der Stellungnahmen erhielt eine sonstige Bewertung. In fünf Fällen waren die rechnerischen Auffälligkeiten auf Dokumentationsfehler aufgrund von fehlerhaften Angaben zur Gehstrecke bei Aufnahme und bei Entlassung zurückzuführen. In einem weiteren Fall erfolgte aufgrund einer Klinikschließung die Bewertung mit „Sonstiges“.

Für alle zwölf rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurde durch das Lenkungsgremium der Abschluss des STNV beschlossen.

3.16.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS KEP wurden im AJ 2024 aufgrund der Weiterentwicklung des Verfahrens keine AK dargestellt bzw. ausgewertet.

3.16.5 Weiterführende Maßnahmen

Maßnahmen der Stufe 1 – Dokumentationsqualität

Mit insgesamt zwei LE wurden zu zwei QI-Ergebnissen aufgrund einer bestehenden Dokumentationsproblematik Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität als Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen. Diese Zielvereinbarungen beinhalteten die klinikinterne Prüfung und ggf. Korrektur der QS-Dokumentation für das EJ 2024.

3.16.6 Ausblick

Gemäß G-BA-Beschluss vom 18. Juli 2024 wird das Verfahren QS KEP für das EJ 2025 vollständig ausgesetzt. Damit entfällt die Erfassung bzw. Dokumentation für das EJ 2025.

In den tragenden Gründen zum Beschluss wird vom G-BA diesbezüglich ausgeführt, dass im Hinblick auf den Abschlussbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ die geringe Anzahl und die methodischen Limitationen der verbleibenden Qualitätsindikatoren nicht ausreichen, um die mit dem Verfahren verfolgte Zielstellung angemessen abzubilden.

Aufgrund der hohen medizinischen Relevanz soll das Verfahren grundlegend überarbeitet werden, um die Aussagekraft zu steigern und gleichzeitig das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu optimieren. Voraussichtlich ab dem EJ 2026 werden daher sozialdatenbasierte Indikatoren (= Indikatoren basierend auf Abrechnungsdaten der Krankenkassen) zum Einsatz kommen. Diese sollen zudem durch eine Patientenbefragung ergänzt werden.

Das IQTIG wurde dazu vom G-BA bereits am 2. November 2022 beauftragt, die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in den Verfahren QS HGV und QS KEP zu prüfen und – sofern möglich – hierzu QI für die DeQS-RL zu entwickeln. Der vom G-BA am 17. Oktober 2024 freigegebene Bericht vom IQTIG zur Integration von Sozialdaten sieht die Implementierung von sieben neuen sozialdatenbasierten QI mit Follow-Up-Zeiträumen von 90 bzw. 365 Tagen vor. Diese sieben neuen QI sollen die ehemaligen QI zu Komplikationsraten ersetzen. Aktuell geplant ist diese Umstellung für die Spezifikation des EJ 2026.

4 Landesverfahren Schlaganfall

Die aktuell gültige Grundlage für das Landesverfahren Schlaganfall bildet der zwischen der BKG und den Landesverbänden 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 (SA-BA-BL), die erst seit dem EJ 2021 erhoben werden, bestehen mit der Landesgeschäftsstelle Hessen. Die endgültige Entscheidung über Anpassungen der bayerischen Spezifikation obliegt jedoch der Fachkommission bzw. dem Lenkungsgremium der LAG Bayern.

4.1 Datengrundlage

In Bayern wurden im Jahr 2024 für das EJ 2023 insgesamt 55.082 Datensätze übermittelt. Dies entspricht einer Vollzähligkeit von 101,26 %. Damit lag eine leichte Überdokumentation vor, die sich unter anderem durch nachträgliche Fallzusammenführungen erklären lässt.

Tabelle 48 Datengrundlage Landesverfahren Schlaganfall gemäß DAS LAG Bayern

	EJ	Datensätze Geliefert (IST)	Datensätze Erwartet (SOLL)	Vollzähligkeit in %
Bayern gesamt	2023	55.082	54.398	101,26

4.2 Ergebnisse Qualitätsindikatoren in Bayern

Zum AJ 2024 erfolgte eine Umbenennung der Modulkennzeichnungen des Landesverfahrens Schlaganfall Bayern (SA-BA). Das ehemalige Modul 85/1 mit den Indikatoren zur Schlaganfallversorgung bei Hirninfarkt (HI) und transitorischer ischämischer Attacke (TIA) erhält die Bezeichnung SA-BA-HI. Das Set an Blutungsindikatoren zu intracerebralen Blutungen (SA-BA-ICB) und Subarachnoidalblutungen (SA-BA-SAB) wird statt wie bisher unter dem Modul 85/1-BL künftig unter dem Modul SA-BA-BL geführt. Für das AJ 2025 wird erstmals die Einteilung der Datengrundlage in der Sollstatistik in die drei Zählleistungsbereiche SA-BA-HI, SA-BA-ICB und SA-BA-SAB erfolgen.

Insgesamt umfasst das Landesverfahren Schlaganfall ein Set von 29 QI, 17 davon im Modul SA-BA-HI und 12 im Modul SA-BA-BL. Mit Ausnahme des QI ID ADSR16a-003 „Door to needle time <= 60 Min. (Lyse nach Protokoll, ohne Altersbeschränkung)“ waren im AJ 2024 im Modul SA-BA-HI keine Abweichungen der bayerischen Ergebnisse von den vorab von der Fachkommission für das AJ 2024 festgelegten Referenzwerten zu verzeichnen. Das Ergebnis des QI ID ADSR16a-003 weist hingegen seit Jahren eine geringfügige Abweichung vom Referenzwert auf. Eine Häufung an rechnerischen Auffälligkeiten in diesem QI zeigt sich insbesondere bei Kliniken mit einer sehr geringen Fallzahl. Kliniken mit qualitativen Auffälligkeiten in diesem QI stehen bei der Fachkommission unter besonderer Beobachtung.

Im Modul SA-BA-BL wurde zum AJ 2024 der QI ID ADSR13c-SAB „CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung bei Patient:innen mit Subarachnoidalblutung“ mit einem Referenzwert von ≥ 50,00 % eingeführt. Insgesamt zeigten sich die Ergebnisse im dritten Jahr der Berechnung zunehmend stabil. Lediglich im QI ID ADSR12-SAB „Screening für Schluckstörungen bei Patient:innen mit Subarachnoidalblutung“ war mit einem Bayern-Ergebnis von 77,21 % weiterhin eine Abweichung vom Referenzwert zu verzeichnen. Mögliche Ursachen für die Abweichung vom Referenzwert werden in Kapitel 4.3 beleuchtet.

Tabelle 49 Ergebnisse Landesverfahren Schlaganfall in Bayern AJ 2024

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024
	SA-BA-HI (HI, TIA) [ehemals: 85/1]		
ADSR02-002	Physiotherapie / Ergotherapie	≥ 90,00 %	97,08 %
ADSR03-003	Logopädie	≥ 90,00 %	95,81 %
ADSR06-001	Antikoagulation bei Vorhofflimmern	≥ 90,00 %	96,09 %
ADSR09-002	Frühzeitige Gefäßdiagnostik	≥ 80,00 %	94,27 %
ADSR12-002	Screening für Schluckstörungen	≥ 90,00 %	95,92 %
ADSR13-005	Erste Bildgebung	≥ 60,00 %	75,10 %
ADSR13-007	CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung	≥ 70,00 %	92,60 %
ADSR14-006	Thrombolyse (nach Protokoll, ohne Altersbeschränkung)	≥ 50,00 %	69,68 %
ADSR15-002	Behandlung auf Stroke Unit	≥ 85,00 %	94,61 %
ADSR16a-003	Door to needle time <= 60 Min. (Lyse nach Protokoll, ohne Altersbeschränkung)	≥ 90,00 %	88,25 %
ADSR17-002	Revaskularisation bei symptomatischer Karotisstenose	≥ 80,00 %	88,00 %
ADSR19-001	Rehabilitationsmaßnahmen bei Patient:innen mit alltagsrelevanten Behinderungen	≥ 70,00 %	84,37 %
ADSR21-001	Sekundärprävention – Statingabe	≥ 90,00 %	96,13 %
ADSR22-001	VHF-Diagnostik	≥ 80,00 %	95,69 %
ADSR23-001	Intraarterielle Therapie (Zeitfenster <= 6 Stunden)	≥ 60,00 %	76,61 %
ADSR25-001	Door-to-puncture-time <= 90 Minuten	≥ 50,00 %	62,29 %
ADSR27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels	≥ 80,00 %	88,25 %
	SA-BA-BL (SAB, ICB) [ehemals: 85/1-BL]		
SA-BA-ICB			
ADSR02-ICB	Physiotherapie / Ergotherapie bei Pat. mit intracerebraler Blutung	≥ 90,00 %	94,43 %
ADSR03-ICB	Logopädie bei Patient:innen mit intracerebraler Blutung	≥ 90,00 %	94,62 %
ADSR12-ICB	Screening für Schluckstörungen bei Patient:innen mit intracerebraler Blutung	≥ 90,00 %	92,89 %
ADSR13-ICB	Erste Bildgebung bei Patient:innen mit intracerebraler Blutung	≥ 60,00 %	78,07 %
ADSR15-ICB	Behandlung auf Stroke Unit/ITS bei Patient:innen mit intracerebraler Blutung	≥ 85,00 %	94,89 %
ADSR19-ICB	Rehabilitationsmaßnahmen bei Patient:innen mit alltagsrelevanten Behinderungen	≥ 70,00 %	91,88 %
SA-BA-SAB			
ADSR03-SAB	Logopädie bei Patient:innen mit Subarachnoidalblutung	≥ 90,00 %	91,11 %
ADSR12-SAB	Screening für Schluckstörungen bei Patient:innen mit Subarachnoidalblutung	≥ 90,00 %	77,21 %
ADSR13-SAB	Erste Bildgebung bei Patient:innen mit Subarachnoidalblutung	≥ 60,00 %	70,56 %
ADSR13c-SAB	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung bei Patient:innen mit Subarachnoidalblutung	≥ 50,00 %	82,43 %
ADSR15-SAB	Behandlung auf Stroke Unit/ITS bei Patient:innen mit Subarachnoidalblutung	≥ 85,00 %	95,05 %

QI ID	QI-Bezeichnung	Referenz-bereich	Ergebnis Bayern AJ 2024
ADSR19-SAB	Rehabilitationsmaßnahmen bei Patient:innen mit alltagsrelevanten Behinderungen	≥ 70,00 %	91,33 %

4.3 Stellungnahmeverfahren Qualitätsindikatoren

Im Landesverfahren Schlaganfall lagen im AJ 2024 bayernweit 366 rechnerische Auffälligkeiten im Modul SA-BA-HI und 225 rechnerische Auffälligkeiten im Modul SA-BA-BL vor.

Um ein zielgerichtetes STNV zu ermöglichen, in dem nachhaltige Verbesserungen der Struktur- und Prozessqualität angestoßen werden können, erfolgte anhand von Eingrenzungsstrategien der Fachkommission eine Auswahl an LE zum schriftlichen STNV. Im Landesverfahren Schlaganfall steht neben der rechnerischen Auffälligkeit auch die statistische Auffälligkeit als Auswahlkriterium zur Einleitung des STNV zur Verfügung. Daher grenzte die Fachkommission bei einem Großteil der QI das STNV auf LE mit statistisch auffälligen Ergebnissen ein. Als weiteres Auswahlkriterium wurde bei einigen QI eine Mindestgesamtfallzahl der LE verwendet. Nach dem Probe-STNV ohne Bewertungsfindung im letzten AJ wurde in diesem Jahr erstmals auch im Modul SA-BA-BL ein reguläres STNV durchgeführt. Bei den Eingrenzungsstrategien in diesem Modul wurde ebenfalls auf die statistische Auffälligkeit sowie eine Mindestgesamtfallzahl zurückgegriffen.

Unter Berücksichtigung der von der Fachkommission indikatorspezifisch getroffenen Auswahlkriterien wurde in 105 Fällen (88 im Modul Sa-BA-HI und 17 im Modul SA-BA-BL) ein schriftliches STNV eingeleitet. LE mit rechnerisch auffälligem Ergebnis, die nicht um eine Stellungnahme gebeten wurden, erhielten einen schriftlichen Hinweis mit der Bitte um einrichtungsinterne Analyse der Auffälligkeit.

Tabelle 50 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren im AJ 2024 für das Landesverfahren Schlaganfall

Stellungnahmeverfahren Landesverfahren Schlaganfall AJ 2024 – Qualitätsindikatoren	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**105**
Qualitativ auffällig	**32**
Hinweise auf Struktur-/Prozessmängel	26
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	6
Sonstiges	0
Qualitativ unauffällig	**47**
Einzelfälle/Besondere klinische Situation	34
Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität/ vereinzelte Dokumentationsprobleme	13
Sonstiges	0
Sonstiges	**26**
Unvollzählige/falsche Dokumentation (inkl. softwarebedingte Fehldokumentationen)	21
Sonstiges	5
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

Insgesamt kam die Fachkommission in knapp 31 % (n = 32) der angefragten QI-Ergebnisse zur Empfehlung einer qualitativ auffälligen Bewertung. In sechs Fällen wurde entweder keine Stellungnahme eingereicht oder es wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt. In 26 Stellungnahmen zu QI-Ergebnissen wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel aus den folgenden Gründen gesehen:

- Nicht nachvollziehbare Verzögerungen bei den Prozesszeiten / strukturell bedingte Verzögerungen außerhalb der Kernarbeitszeit
- fehlende Durchführung eines Schluckscreenings
- keine ausreichend flächendeckende logopädische/physiotherapeutische Versorgung
- häufig Kommunikationsprobleme / lange Aufklärungszeiten vor der Lyse

- Personalmangel (z. B. fehlendes geschultes Personal zur Durchführung der Gefäßdiagnostik)
- Verbesserungsbedarf in der Netzwerkkoordination / Verzögerungen im Telekonsil
- keine Dokumentation der Prozesszeiten

Als qualitativ unauffällig einzustufen waren insgesamt knapp 46 % (n = 47) der Stellungnahmen. In 34 Fällen konnte die rechnerische Auffälligkeit der QI-Ergebnisse gut nachvollziehbar in den Stellungnahmen begründet werden. Eine Mischung aus vereinzelten Dokumentationsfehlern bei ansonsten plausibel dargelegten Einzelfällen erkannte die Fachkommission in 13 Fällen.

Weitere 21 Stellungnahmen (21 %) wurden über die sonstige Bewertung als Dokumentationsfehler eingestuft. Ein Großteil der Dokumentationsfehler war auf die fehlende Angabe von Verlegungen zur Intraarteriellen Therapie sowie auf die Blutungsindikatoren zurückzuführen, für die im AJ 2024 zum ersten Mal ein STNV erfolgte.

Für alle 105 QI-Ergebnisse wurde vom Lenkungsgremium der Abschluss des STNV beschlossen.

4.4 Stellungnahmeverfahren Auffälligkeitskriterien

Im Landesverfahren Schlaganfall erfolgte neben dem STNV zu den QI zusätzlich ein STNV zu den zwei AK ID AK-MDS02 (Modul SA-BA-HI) und AK-MDS04 (Modul SA-BA-BL) „Häufige Verwendung von „sonstiges“ als Kriterium für den Minimaldatensatz“.

Tabelle 51 Übersicht der Bewertung der Stellungnahmen zu den Auffälligkeitskriterien im AJ 2024 für das Landesverfahren Schlaganfall

Stellungnahmeverfahren Landesverfahren Schlaganfall AJ 2024 – Auffälligkeitskriterien	Anzahl
Stellungnahmen angefordert	**8**
Qualitativ auffällig	**7**
Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt	7
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	0
Qualitativ unauffällig – Korrekte Dokumentation wird bestätigt	**0**
Sonstiges	**1**
STNV noch nicht abgeschlossen	**0**

In acht Fällen wurde im AJ 2024 ein STNV zu den oben genannten AK eingeleitet. In sieben 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 von den Qualitätsmanagementbeauftragten 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-RL eine Fachgruppe gemäß QFR-RL gebildet. Die Fachgruppe setzt sich zusammen aus Vertreter:innen der BKG, des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP), der Patientenvertretung (PatV), der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Bayerns, des Medizinischen Dienstes Bayern (MD) 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 nach den jeweils geltenden Vorgaben der QFR-RL nicht erfüllt, zu führen. Ein zentrales Element des klärenden Dialogs ist dabei gemäß QFR-RL der Abschluss von individuellen Zielvereinbarungen mit den meldenden Kliniken mit dem Ziel, die geforderten Vorgaben innerhalb der Laufzeit des klärenden Dialogs zu erfüllen. Weiterhin bereitet die Fachgruppe die Berichterstattung des Lenkungsgremiums an den G-BA gemäß QFR-RL inhaltlich vor.

Die Fachgruppe tagte im Berichtszeitraum 2024 an fünf Terminen. Sie führte mit allen vom G-BA gemeldeten Kliniken einen klärenden Dialog in schriftlicher Form und schloss mit ihnen Zielvereinbarungen ab. Insgesamt befanden sich im vergangenen Kalenderjahr 26 Standorte (von insgesamt 33 Perinatalzentren in Bayern) in einem klärenden Dialog.

Hauptursache für die Nichterfüllung der pflegerischen Anforderungen der QFR-RL ist dabei der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal, das zur Erfüllung der Personalvorgaben aus der QFR-RL angerechnet werden kann. Dieser Personalmangel konnte bisher von vielen Perinatalzentren trotz vielfältiger Qualifikations- und Personalbindungsmaßnahmen und Anwerbung von Pflegenden aus dem In- und Ausland nicht ausgeglichen werden, da trotzdem auf dem Arbeitsmarkt nicht in ausreichendem Maß geeignetes Personal zur Verfügung steht. Vor dem Hintergrund der eingeführten generalistischen Pflegeausbildung wird es für die Kliniken noch schwieriger, das benötigte qualifizierte Pflegepersonal zu finden, wenn hier keine Anpassung der Richtlinie hinsichtlich der Anerkennung von weiteren Qualifikationen erfolgt (z. B. bei fehlender pädiatrischer Vertiefung).

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. Insbesondere hat die ab 1. Januar 2024 geltende Mindestmenge von 25 Früh- und Reifgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1250 Gramm je Perinatalzentrum Level 1 nach der Mm-R einen zusätzlichen Einfluss auf die Versorgungssituation.

5.2 Richtlinienänderung ab 1. Januar 2025

Am 1. Januar 2025 trat die geänderte QFR-RL in Kraft, in der unter anderem die Vorgaben für die pflegerische Versorgung in den Perinatalzentren angepasst wurden. Den häufigsten Grund für die Aufnahme einer Klinik in den klärenden Dialog und den Abschluss einer Zielvereinbarung stellte bisher ein Unterschreiten der geforderten Schichterfüllungsquote beim Pflegepersonal dar.

Nach der bisherigen Version der QFR-RL, die bis zum 31. Dezember 2024 gültig war, mussten im Jahr 2024 die Personalvorgaben in 100 % der Schichten erfüllt werden und eine Aufnahme in den klärenden Dialog war nach dem 31. Dezember 2024 nicht mehr vorgesehen. In der ab 1. Januar 2025 geltenden Version der QFR-RL werden die Personalvorgaben präzisiert und es wird eine Übergangsfrist gewährt: Im Jahr 2025 müssen die neuen Mindestanforderungen zum Pflegepersonal lediglich in 90 % der Schichten erfüllt werden und es besteht erneut die Möglichkeit zur Durchführung eines klärenden Dialogs. Über die Auswirkungen der geänderten Richtlinie auf das Vorgehen der Fachgruppe und die Ergebnisse wird im Geschäftsbericht für das Jahr 2025 ausführlich berichtet werden.

6 Weitere Tätigkeiten der LAG Geschäftsstelle

6.1 Öffentlichkeitsarbeit

Die LAG Geschäftsstelle verfolgt stets das Ziel, die bayerischen LE sowie die interessierte Öffentlichkeit umfassend und serviceorientiert über bestehende Verfahren, Neuerungen und aktuelle Entwicklungen in der externen Qualitätssicherung zu informieren. Zudem wird der Austausch zwischen den LE und der Geschäftsstelle angestrebt.

6.1.1 Webseite der LAG Bayern

Die offizielle Webseite der LAG Bayern (https://lag-by.de/) fungiert als zentrale Informationsquelle. Sie bietet den LE sowie anderen interessierten Gruppen umfassende Informationen über den Aufbau und die Strukturen der LAG Bayern, alle relevanten QS-Verfahren (DeQS-RL, plan. QI-RL und Landesverfahren Schlaganfall), den allgemeinen Verfahrensablauf einschließlich wichtiger Fristen sowie über aktuelle Themen und Änderungen. Die Geschäftsstelle trägt zudem die Verantwortung für die redaktionelle Pflege, den datenschutzkonformen Betrieb und die kontinuierliche Wartung der Webseite. Mit durchschnittlich etwa 3.000 Besuchen pro Monat wird die Webseite sehr gut angenommen.

6.1.2 Online-Seminare

Zur weiteren fachlichen Information wurden im Jahr 2024 von der LAG Geschäftsstelle zwei Online-Seminare angeboten. So konnten sich LE und weitere Interessierte einfach und kostenfrei zu folgenden Themen der datengestützten Qualitätssicherung informieren:

- Stellungnahmeverfahren
- QS-Portal

Nach einem jeweils 90- bzw. 45-minütigen fachlichen Vortrag der LAG Geschäftsstelle hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit in einer moderierten Diskussion Fragen zu stellen. Aufzeichnungen der Online-Seminare sowie Handouts stehen zudem auf der Webseite der LAG Bayern zur Verfügung, sodass die Informationen jederzeit abrufbar sind.

Insgesamt nahmen an beiden Online-Seminaren etwa 200 Personen teil. Die Online-Seminare wurden sehr gut angenommen und die LAG Geschäftsstelle erhielt durchwegs positives Feedback.

6.1.3 Infomails

Die LAG Geschäftsstelle informiert regelmäßig via *LAG Infomail* die LE über relevante Änderungen und Neuigkeiten in den Verfahren der datengestützten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Registrierte Nutzer:innen erhalten die Informationen per E-Mail. Auf diesem Wege werden regelmäßig über 600 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. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 37 LAG Infomails versendet.

6.1.4 Münchener Konferenz für Qualitätssicherung

BLÄK | informiert

41. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung

Interdisziplinär, sektorenverbindend und zukunftsweisend!

„Qualität in der Geburtshilfe, Neonatologie und Gynäkologie? – da fällt mir immer München ein!", so ein Teilnehmer der Münchener Konferenz, und so kann man auch die 41. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung in der Geburtshilfe, der Neonatologie, der operativen Gynäkologie und der Mammachirurgie zusammenfassen: Sie war ein voller Erfolg!

Moderator Nikolaus Nützel, Professor Dr. Claus-Dieter Heidecke, Eva Faltner, BLÄK-Vizepräsidentin Dr. Marlene Lessel, Professor Dr. Peter Hermanek und BLÄK-Hauptgeschäftsführer Frank Dollendorf.

Den rund 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde von den Veranstaltern, der Landesarbeitsgemeinschaft für datengestützte, einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung in Bayern (LAG Bayern), dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) ein umfangreiches Programm geboten.

Neben den aktuellen, politischen Entwicklungen, wie dem Transparenzgesetz und dem jüngst verabschiedeten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), lag der Schwerpunkt im vergangenen Jahr auf der interdisziplinären Vernetzung der Akteure, der zunehmenden Ambulantisierung und deren Auswirkungen auf die Qualitätssicherung.

Dr. Marlene Lessel, 2. Vizepräsidentin der BLÄK, betonte in ihrem Grußwort, dass die Veranstaltung 2024 im Zeichen weitreichender Transformationsprozesse im Gesundheitswesen stehe. „Ob es die Ambulantisierung medizinischer Leistungen, das Krankenhaustransparenzgesetz oder die Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsrichtlinien betrifft – wir alle spüren, wie stark sich die Rahmenbedingungen verändern und wie notwendig es ist, dabei den Fokus auf die Qualität der Versorgung zu behalten."

Der Leiter des IQTIG, Professor Dr. Claus-Dieter Heidecke, adressierte in seinem Grußwort die vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitswesen und verwies auf die Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsverfahren durch sein Institut. Durch Einbindung von Sozialdaten könne echte Entbürokratisierung erreicht werden, so Heidecke und betonte zudem die wachsende Bedeutung der Patientenbefragungen in Form von „Patient reported Outcome Measures" (PROMS) und „Patient reported Experience Measures" (PREMS).

Die wachsende Bedeutung der Qualitätssicherung und damit auch der Landesarbeitsgemeinschaften stellte LAG Bayern Geschäftsführerin Eva Faltner dar. Zur Weiterentwicklung der Verfahren sei es unabdingbar, die Expertise der LAGen und deren Fachkommissionen einzubinden. Die Akzeptanz der Verfahren bei den Leistungserbringern könne nur in einem engen Schulterschluss der Akteure erreicht werden, so die Geschäftsführerin. Auch beim Roll-Out weiterer Patientenbefragungen müsse die Patientenvertretung als Multiplikator eng eingebunden werden, um dauerhaft hohe Rücklaufquoten zu erreichen. Die Einbindung von Sozialdaten im Sinne der Entbürokratisierung sollte weitergeführt, aber kritisch auf deren Nutzen geprüft werden. Ihr Vorgänger und ärztlicher Leiter der Konferenz, Professor Dr. Peter Hermanek, blickte auf viele Jahre Münchener Konferenz zurück und wünschte ein gutes Gelingen.

Qualität

Im ersten Vortrag der Konferenz ging Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Mitglied der Regierungskommission und Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG), auf die Änderungen in den Strukturvorgaben durch das KHVVG ein und forderte eine „Qualität der Qualitätsvorgaben". Die Qualitätskriterien müssen präziser formuliert werden, ein notwendiges Evidenzlevel solle geklärt und die Vorgaben angemessen und vor allem erfüllbar gestaltet werden. Der Dokumentationsaufwand sei bürokratiearm zu regeln und es gehe darum, Minimalvorgaben und keine Optimalvoraussetzungen zu definieren, so die Leiterin der Stabsstelle Qualitätsnetzwerke der Sana Kliniken.

Die Bedeutung der Qualitätssicherung im Zuge der Ambulantisierung sei zunehmend, so Professor Dr. Anton Scharl, ärztlicher Direktor der Klinik Bad Trissl. Er zitierte aus dem „Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES)-Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V": in Vergleichsländern werde die teils sehr weitreichende Ambulantisierung mit umfassenden Maßnahmen zur Schaffung von Qualitätstransparenz und zur Qualitätssicherung (QS) begleitet. Im Sinne der Patientensicherheit forderte

Abbildung 3 Textauszug aus dem Bayerischen Ärzteblatt, Ausgabe 3/2025, Seite 88

Voll besetztes Podium bei der 41. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung: Emmi Zeulner, MdB (CSU), Silke Mader, Professor Dr. Anton Scharl, Soeren Gottwals, Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg und Nikolaus Nützel.

Scharl auch für Deutschland die umfassende und schnelle Weiterentwicklung der QS-Verfahren Mammachirurgie und gynäkologische Operationen hin zu sektorenübergreifender Qualitätssicherung.

Silke Mader, Chairwomen of the Executive Board der European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI), ordnete den Mehrwert des Bundes-Klinik-Atlas (BKA) aus Patientenperspektive ein. Ihre Kritik und ihre Wünsche zur Weiterentwicklung waren, die Zielgruppe mehr in den Fokus zu nehmen und einen echten, laienverständlichen Mehrwert für betroffene Eltern zu schaffen. Die Funktionalität der Webseite müsse verbessert und der „BKA" in mehreren Sprachen zur Verfügung zu stehen.

Unter welchem Zeitdruck und mit welchen Vorgaben der „BKA" entwickelt wurde, stellte Soeren Gottwals von der Stabsstelle Patientenbelange des IQTIG dem Publikum dar. Er gab einen Ausblick zur Weiterentwicklung der Plattform und stellte in Aussicht, dass 2025 Level- und Leistungsgruppen, Qualitätssicherungs-Daten aus 2023, Fall- und Personalangaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (INEK) von 2024 und weitere Zertifikate dargestellt werden.

Diskussion

In der anschließenden Podiumsdiskussion, moderiert vom Journalisten Nikolaus Nützel vom Bayerischen Rundfunk, ordnete di e Bundestagsabgeordnete Emmi Zeulner, MdB (CSU), Mitglied des Gesundheitsausschusses, das Transparenzgesetz politisch ein. Unverständlich sei, so die Abgeordnete, warum das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein funktionierendes Portal wie die „weiße Liste" vom Netz nehme und ohne dem IQTIG die nötigen Mittel und die Zeit zur Entwicklung zur Verfügung zu stellen, mit dem „Bundesklinikatlas (BKA)" ein Portal aus dem Boden stampfe, das weder die Qualität der Kliniken ausreichend abbilde noch für echte und laienverständliche Transparenz für Patientinnen und Patienten sorge.

Wie gelingt interdisziplinäre Zusammenarbeit „at its best"?

Dies sollte die Münchner Konferenz in diesem Jahr besonders beleuchten: Dass „Value Based Healthcare" nicht nur ein Schlagwort der Gesundheitsbranche ist, sondern einen echten Mehrwert für Patienten, Mitarbeitende und Angehörige bringt, stellt Dr. Esther Schouten, Neonatologin am LMU Klinikum München Großhadern eindrucksvoll dar. Wie ein Hebammengeleiteter Kreißsaal aussehen kann und welche Erfahrungen es aus Sicht der Hebammen und der Ärzteschaft gibt, berichteten Andrea Köbke vom Deutschen Hebammenverband und Professor Dr. Sven Kehl, Chefarzt der Klinik Hallerwiese Nürnberg und Mitglied der LAG-Fachkommission.

Für Diskussion sorgten besonders die Neuerungen in der Qualitätssicherungs-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) ab 2025. Unstrittig war: Die Richtlinie hat über die Jahre entscheidend zur Qualitätsverbesserung in der Versorgung der Frühgeborenen beigetragen. Ob sie heute noch Qualitätsverbesserungen bringt und ob die Vorgaben überhaupt einzuhalten sind, das wurde von Daniel Richter (IQTIG), Dr. Martin Berghäuser (Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf), und Professor Dr. Andreas Flemmer (LMU Klinikum München Großhadern) unterschiedlich bewertet. Einheitlich kritisiert wurde die geplante Sanktionierung bei Nichteinhalten der Qualitätskriterien ab 2027.

Professor Dr. Harald Erhardt (Universitätsklinikum Ulm) und Professor Dr. Andreas Trotter (Hegau-Bodensee Klinikum Singen) beleuchteten Pro und Contra der Erhöhung der Mindestmenge bei der Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 g.

Beim Stichwort „interdisziplinär" durften allen voran die Pflege, aber auch der Rettungsdienst nicht fehlen. Wie die Ausbildung von neonatologischen Fachkräften im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung verbessert werden kann und welche „Best Practice"-Beispiele es unter den Trägern gibt, stellten Nils Dehe, Pflegedirektor der Sana Klinik Offenbach und Michael Wittmann, Geschäftsführer der Vereinigung der Pflegenden in Bayern vor. Die Herausforderungen bei der Verlegung von Frühgeborenen und Grundlagen zur Struktur und Organisation des Rettungsdienstes in Bayern stellte Dr. Martin Kraus, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst der Regierung von Unterfranken, einem interessierten Publikum vor.

Fazit

Doch wo geht es künftig mit der Qualitätssicherung hin? Zur Methodik der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung gemäß G-BA Eckpunktebeschluss referierte Dr. Katrin Wehner vom IQTIG und zu deren praktischen Konsequenzen Dr. Klaus Döbler, Leiter des Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung (KCQ) vom Medizinischen Dienst Baden-Württemberg. Wie die Qualitätssicherung künftig das Verlegungsgeschehen von Früh- und kranken Neugeborenen abbildet, berichtete Daniel Richter vom IQTIG. Ob die Qualitätsparameter im Modul Geburtshilfe noch evident und zeitgerecht sind, betrachtete Professor Dr. Michael Abou-Dakn (St. Josef Krankenhaus Berlin-Tempelhof) kritisch. Christian Seer (LAG NRW) stellte den Ablauf des klärenden Dialogs mit den Perinatalzentren in NRW dar und benannte mögliches Verbesserungspotenzial.

Qualität gewinnt weiter an Bedeutung und die Herausforderungen der Zukunft können wir nur gemeinsam lösen – darüber waren sich alle Teilnehmer, Veranstalter und Referentinnen und Referenten einig!

Die nächste Münchener Konferenz findet am 20. und 21. November 2025 wieder in den Räumlichkeiten der Bayerischen Landesärztekammer statt. Haben Sie Ideen für einen Vortrag oder möchten Sie auf die Einladungsliste aufgenommen werden?

Schreiben Sie gerne an:
geschaeftsstelle@lag-by.de

Autorin
Eva Faltner

LAG Bayern GbR,
Westenriederstr. 19,
80331 München

Abbildung 4 Textauszug aus dem Bayerischen Ärzteblatt, Ausgabe 3/2025, Seite 89

6.2 Datenschutz

Im Geschäftsjahr 2024 wurden in enger Zusammenarbeit mit der Datenschutzbeauftragten der LAG Bayern zentrale Schwerpunkte im Bereich Datenschutz und IT-Sicherheit entwickelt und umgesetzt.

Ein bedeutender Meilenstein war die Einführung einer IT-Security-Richtlinie. Diese legt verbindlich fest, wie die Sicherheit der IT-Umgebung gewährleistet werden soll. Sie definiert klare Regeln und Vorgaben zum Schutz von IT-Systemen, Daten und Netzwerken vor Bedrohungen und Angriffen. Durch die Einführung einheitlicher Sicherheitsstandards wurde sichergestellt, dass alle Mitarbeitenden über den sachgerechten Umgang mit sensiblen Informationen informiert sind und potenzielle Sicherheitsrisiken wirksam minimieren können.

Parallel dazu wurde eine Passwort-Richtlinie erarbeitet, die die Vergabe und Nutzung von Passwörtern regelt – sowohl im Hinblick auf Server als auch auf mobile Endgeräte. Ziel ist es, den Zugang zu Systemen durch sichere Identitätsprüfung zuverlässig zu schützen.

Mit der Einführung von Microsoft 365 wurden umfassende vertragliche, organisatorische und technische Maßnahmen getroffen, um die Anforderungen an IT-Sicherheit und Datenschutz weiterhin zu erfüllen.

Darüber hinaus wurden die sogenannten technischen und organisatorischen Maßnahmen (TOMs) abschließend definiert. Technische Maßnahmen umfassen beispielsweise Zugriffskontrollen, die unbefugten Zugang zu Daten verhindern sollen. Organisatorische Maßnahmen betreffen unter anderem strukturierte Prozesse wie regelmäßige Schulungen der Mitarbeitenden zum Thema Datenschutz. Zusammen tragen diese Maßnahmen dazu bei, personenbezogene Daten bestmöglich zu sichern.

Das Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten (VVT) wurde systematisch aktualisiert und um die Definition von Löschfristen ergänzt. Es dokumentiert alle relevanten Datenverarbeitungsprozesse innerhalb der Organisation. Die Überprüfung des VVT erfolgt regelmäßig einmal im Jahr.

Darüber hinaus sind regelmäßige Datenschutzschulungen der Mitarbeitenden sowie die Prüfung von Auftragsverarbeitungsverträgen fester Bestandteil der Datenschutzorganisation. Ein weiteres etabliertes Format ist der mindestens quartalsweise stattfindende Datenschutz-Jour-fixe zwischen der Datenschutzbeauftragten und der Geschäftsführung der LAG Bayern.

Für das Geschäftsjahr 2025 ist die Einführung einer Richtlinie zum Umgang mit Künstlicher Intelligenz am Arbeitsplatz geplant. Außerdem wird turnusgemäß der jährliche Review des Verarbeitungsverzeichnisses erfolgen.

7 Haushalt 2024 nach 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 52 Ausgaben der LAG Bayern

	Ist 2024 in €
1 Personalkosten (Summe)	**1.001.851,68**
1.1 Löhne und Gehälter	652.498,08
1.2 Sozialversicherungsbeiträge	157.192,13
1.3 Sonstige Personalausgaben (Lohnsteuer, Altersversorgung, Berufsgenossenschaft, Versicherungen, …)	183.024,07
1.4 Fortbildungen / Qualifizierungen	9.137,40
2 Sach- und Dienstleistungskosten (Summe)	**289.680,40**
2.1 Miete Geschäftsstelle inkl. Nebenkosten und Strom	118.759,47
2.2 Bürobedarf, Post-, Telefon- und Internetgebühren; Wartung, Instandhaltung, Reparaturen und Reinigung	34.893,24
2.3 Reisekosten Angestellte	9.784,68
2.4 Kosten für von der Richtlinie vorgegebene Fachgremien (Summe):	8.682,05
2.4.1 Bewirtungskosten u. a.	1.958,23
2.4.2 Kosten für Patientenbeteiligung	6.213,32
2.4.3 Kosten für Fachkommissionsmitglieder	510,50
2.5 Kosten für Auswertestellen / Datenauswertungen (von LAG beauftragte Stelle gemäß DeQS-RL Teil 1 § 6 Absatz 2) (Summe)	*keine Beauftragung einer externen Stelle*
2.6 Kosten für Datenannahmestelle (von LAG beauftragte Dritte gemäß DeQS-RL Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 6) (Summe)	*keine Beauftragung Dritter*
2.7 Sonstige Kosten / Anschaffungen:	
2.7.1 Fachliteratur, Beiträge für Fachgesellschaften, Software und Büromaschinen (Produktwert unter Grenzwert exkl. Umsatzsteuer gemäß § 6 Abs. 2 Satz 1 EstG in der jeweils geltenden Fassung)	1.114,68
2.7.2 Steuer- und Rechtsberatung	9.150,11
2.7.2.1 Davon „Gründungskosten“: Kosten juristischer Dienstleistungen bei Erstellung des LAG-Vertrags	
2.7.3 Sonstige Fremdleistungen (welche?)	46.458,49
a) EDV- und Systembetreuungskosten	
b) Finanzbuchführung inkl. Jahresabschluss	
c) Lohnbuchführung	
d) Bestellung externer Datenschutzbeauftragter	
2.7.4 Sonstiges (Versicherungen, Jahreslizenzen für Software wie QS-Portal und Datenannahme, usw.)	60.837,68

	Ist 2024 in €
3 Abschreibungen (Summe) (Büroeinrichtung, Hardware und Software im Wert über Grenzwert exkl. Umsatzsteuer gemäß § 6 Abs. 2 Satz 1 EstG in der jeweils geltenden Fassung, Büromaschinen)	**9.574,03**
Gesamtausgaben (ohne Abschreibungen, d.h. Summe aus 1. und 2.)	**1.291.532,08**
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.)	**1.301.106,11**
Gesamtausgaben inkl. Abschreibungen zzgl. Ausgaben für Datenannahmestelle gemäß Tabelle 53	

Zu 2. Sach- und Dienstleistungskosten:

- 2.4 Kosten für von der Richtlinie vorgegebene Fachgremien (Summe): Die Kosten für die Mitglieder der Fachkommissionen tragen zwar (bis auf die PatV) die entsendenden Organisationen selbst, einzelne von den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen Bayerns 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 5. August 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 etc.

Tabelle 53 Ausgaben für die Funktion der Datenannahmestelle bei der LAG

	Ist 2024 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 Grenzwert exkl. Umsatzsteuer gemäß § 6 Abs. 2 Satz 1 EstG in der jeweils geltenden Fassung) usw.	*nicht bestimmbar*
2.3 Reisekosten Angestellte	*0,00*
2.4 Sonstige Aufwendungen (Summe)	*nicht bestimmbar*
3 Abschreibungen (Summe)	*nicht bestimmbar*

	Ist 2024 in €
Gesamtausgaben 1. und 2. (Summe)	*nicht bestimmbar*
Gesamtausgaben 1., 2. und anteilig 3. (Summe)	*nicht bestimmbar*

Ausgaben für die Funktion der Datenannahmestelle sind bereits in Tabelle 52 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 54 Begleitstatistik der LAG Bayern

		Anzahl (bezogen auf das Kalenderjahr)
Leistungserbringer, die von LAG betreut[1] werden	**gesamt**	ca. 2.200
	Krankenhäuser	ca. 400
	Vertragsärzte (im Kollektivvertrag)	ca. 1.800
	Vertragsärzte (im Selektivvertrag)	--
Eingeleitete Stellungnahmeverfahren	**gesamt**	zu 922Qualitätsindikatoren zu 318 Auffälligkeitskriterien
	davon schriftliche Verfahren[2]	1.240
	davon Gespräche[2]	0
	davon Begehungen[2]	0
Fachkommissions-Sitzungen	**gesamt**	42
Eingeleitete QS-Maßnahmen nach DeQS-RL Teil 1 § 17 Absatz 3 und 4	**Stufe 1[2, 3]**	87
	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 bzw. bei Vertragsärzt:innen (im Kollektivvertrag) den dokumentationspflichtigen LE gem. Angaben der KVB.

[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 2024

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, Viola Koncz, Rebecca Moser, Jeannine Splett, Pia Wullinger

Redaktionsschluss: 02.06.2025

Kontakt:

Westenriederstraße 19 | 80331 München

Telefon: +49 (0) 89 211590-0

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.