

Bericht

zur externen
Qualitätssicherung
in Hessen

2023

Erfassungsjahr 2022



LAGQH

Hinweis:

Wir legen großen Wert auf die Gleichberechtigung der Geschlechter. Wenn bei bestimmten Begriffen, die sich auf Personengruppen beziehen, nur die feminine bzw. maskuline Form gewählt wurde, so ist dies nicht geschlechtsspezifisch gemeint, sondern geschah ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit. Es sind stets auch Personen anderen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

An der Erstellung dieses Berichts haben mitgewirkt:

Alicia Meister

Claudia Herrler

Dr. med. Björn Misselwitz

Melanie Kowalski

Monika Pfannmüller

Simone Puttins

Anke Reihls

Leonie Schultheiß

Vanessa Weck

Dr. med. Friedemann Woernle

Inhaltsverzeichnis

Vorworte	4
1. Die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH)	7
2. Landesverfahren	11
Einleitung	12
Berichte zu den Landesverfahren	15
2.1 MRE-Projekt Hessen	16
2.2 Schlaganfallprojekt	24
2.2.1 Akutbehandlung	26
2.2.2 Frührehabilitation (Phase B)	34
3. Verfahren nach DeQS-RL	39
Verfahren und Abläufe	40
Berichte zu den Bundesverfahren	47
3.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	48
3.2 Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI)	53
3.3 Cholezystektomie (QS CHE)	58
3.4 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen - Dialyse (QS NET-DIAL)	62
3.5 Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	65
3.6 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	69
3.7 Mammachirurgie (QS MC)	74
3.8 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	79
3.9 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	84
3.10 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	90
3.10.1 Herzschrittmacher (HSMDEF-HSM)	91
3.10.2 Implantierbare Defibrillatoren (HSMDEF-DEF)	96
3.11 Perinatalmedizin (QS PM)	100
3.11.1 Geburtshilfe (PM-GEBH)	101
3.11.2 Neonatologie (PM-NEO)	105
3.12 Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	109
3.12.1 Osteosynthetische Versorgung (HGV-OSFRAK)	110
3.12.2 Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)	113
3.13 Knieendoprothetik (QS KEP)	117
4. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI)	123
5. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	127
6. Veranstaltungen	135
7. Klinikbewertungen berichtspflichtiger Qualitätsindikatoren	139
8. Datenmanagement	153
9. Publikationen	161
10. Anhang	171
Leseanleitung zu Abbildungen	173
Glossar	174
Abkürzungsverzeichnis	179

Vorworte



Claudia Ackermann

Alternierende Vorsitzende des Lenkungsgremiums

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Leiterin der Landesvertretung Hessen

Qualitätssicherung ist auch im Gesundheitswesen aktuell wichtiger denn je. Sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung stehen vor großen Herausforderungen: Demografie, Fachkräftemangel, aber auch Finanzierungsfragen. Im Mittelpunkt aller Diskussionen muss das Interesse der Patientinnen und Patienten stehen. Sie haben Anspruch auf eine qualitätsgesicherte Behandlung - unabhängig davon, ob sie von niedergelassenen (Zahn-)Ärztinnen und Ärzten oder in einem Krankenhaus erbracht wird. Hierzu trägt die Arbeit der LAG ganz entscheidend bei. Die Kernaufgaben der LAGQH sind die Berichterstattung an Leistungserbringende sowie kollegiale Dialoge, mitunter auch zwecks Vereinbarung von Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität. Im vorliegenden Bericht informiert die Geschäftsstelle der LAGQH über die im Jahr 2022 durchgeführten Qualitätssicherungsverfahren und deren Ergebnisse.

Ein kurzer Ausblick sei an dieser Stelle gestattet:

Es bleibt mit Spannung abzuwarten, welche Aspekte aus dem nun vorliegenden Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ggf. Einfluss auf die zukünftige Arbeit der LAGQH haben werden.

Ferner wird es 2024 auch organisatorische Änderungen geben. Nach der Zusammenführung der Geschäftsstelle für die einrichtungsübergreifende und datengestützte Qualitätssicherung und der Geschäftsstelle für die externe stationäre Qualitätssicherung in die LAGQH im Jahr 2022 wird die Geschäftsstelle zur Jahresmitte 2024 in neue Räumlichkeiten umziehen. Damit wird insbesondere aktuellen organisatorischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen Rechnung getragen.

Für die vertrauensvolle, kollegiale und konstruktive Zusammenarbeit gilt mein Dank allen Beteiligten der gemeinsamen Selbstverwaltung in Hessen. Ein besonderer Dank gilt den Mitarbeitenden der Geschäftsstelle und ihres Leiters, Dr. Björn Misselwitz, für ihren unermüdlichen und kompetenten Einsatz für die weitere Verbesserung der Versorgungsqualität im hessischen Gesundheitswesen zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Den Leserinnen und Lesern wünsche ich eine informative und anregende Lektüre.

Claudia Ackermann



Dr. med. Björn Misselwitz

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
Leiter der Geschäftsstelle

Seit dem Regierungswechsel ist das Thema „moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ wieder vermehrt in den Fokus der Bundespolitik gerückt. In der Zeit zwischen Juli 2022 und Mai 2024 wurden insgesamt zehn Empfehlungen der Regierungskommission hierzu veröffentlicht, in denen auch die Verbesserung oder zumindest die Sicherung der Behandlungsqualität thematisiert wird. Im Besonderen sind hierbei die Fünfte sowie die Siebente Erklärung zu erwähnen. Anhand exemplarischer Erkrankungen erfolgt in der fünften Empfehlung eine Potenzialanalyse zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung. Die Empfehlung arbeitet diesbezüglich in der Schlaganfallbehandlung ein vermeintlich hohes Potenzial hinsichtlich der Vermeidung von Todesfällen heraus. In der zugrunde liegenden Analyse wurde anhand von Abrechnungsdaten die bundesweite Versorgung von Schlaganfällen in Stroke Units auf 77 % geschätzt. Entspricht diese Einschätzung tatsächlich der Realität? Es gab hierzu diverse kritische Stellungnahmen, unter anderem bezüglich des methodischen Vorgehens. Für Hessen haben wir exemplarisch versucht diese Zahlen nachzuvollziehen und erhalten deutlich andere Werte (siehe auch Seite 32). Wir sehen in Hessen schon seit mehreren Jahren in über 95 % der Fälle eine Versorgung von Schlaganfallpatient*innen in Krankenhäusern mit Stroke Unit. Bemerkenswert an der Empfehlung ist darüber hinaus, dass zur Abschätzung der vermeidbaren Todesfälle eine Studie (QUASCH-Studie) u. a. mit Daten aus der hessischen Qualitätssicherung verwendet wurde, die primär einem anderen Forschungsansatz galt und somit nicht ohne weitere kritische methodische Prüfung für eine solche Aussage herangezogen werden kann.

In der Siebenten Empfehlung (Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements) wird unter anderem auch konkret die datengestützte Qualitätssicherung in den Fokus genommen. Grundsätzlich wird sie nach wie vor als wichtig gesehen, jedoch sollen bei der Datengewinnung - verstärkter als bereits jetzt – „vorhandene Daten“ (sprich Abrechnungsdaten der Leistungserbringer*innen) zur Erhebung herangezogen werden. Das entspricht auch der Marschroute des IQTIG hinsichtlich der Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung. Positiv zur erwähnen ist die in der Empfehlung formulierte Forderung eines zukünftig vermehrten Einbezugs der Patientensicht, beispielsweise durch PROMs und PREMs. Weiterhin soll auch der bestehende Zweiklang aus statistischen Ergebnissen und Fachbewertungen beibehalten werden. Dieses Vorgehen sichert die Einbeziehung aller zur Verfügung stehenden Sichtweisen für eine vollumfängliche Qualitätsmessung und -bewertung.

Im Mai 2024 wurde der Bundesklinikatlas vom BMG online gestellt. Bisher werden hier nur die Zahl der Behandlungsfälle und der Personalquotient, bezogen auf ausgewählte Erkrankungen bzw. Operationen, auf Krankenhaus-ebene dargestellt. Ab Herbst 2024 sollen dann aber auch die Ergebnisse der datengestützten Qualitätssicherung berücksichtigt werden. In welcher Darstellungsform und ob mit oder ohne Bewertung durch Fachexperten bleibt dabei noch unklar.

Zum Schluss noch ein Hinweis in eigener Sache. Die Geschäftsstelle der LAGQH ist im Juni 2024 in neue Räumlichkeiten – weiterhin in Eschborn - gezogen. Damit ist nun auch der letzte Schritt zur Unabhängigkeit der LAGQH vollzogen. Auch wenn die räumliche Nähe zur Hessischen Krankenhausgesellschaft damit nicht mehr besteht, ändert das nichts an der auch weiterhin konstruktiven und guten Zusammenarbeit mit allen Gesellschaftern und dem gemeinsamen Ziel einer qualitativ guten Patientenversorgung in Hessen.


Dr. Björn Misselwitz



Die LAGQI 

Lenkungsgremium der LAGQH (Stand: 31.12.2023)

Stimmberechtigtes Mitglied	Stellvertretung	Benannt durch
Frau C. van der Bosch	Herr C. Czerny	Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Herr Dr. J. Hohmeier	Herr T. Klosterkötter	Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Herr J. Hoffmann	Herr S. Cibis	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Frau B. Reeb	Herr V. Schröder	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Herr Prof. Dr. S. Gramminger	Frau C. Grün	Hessische Krankenhausgesellschaft
Herr Prof. Dr. N. Rilinger	Herr Dr. J. Nötzel	Hessische Krankenhausgesellschaft
Herr J. Henkel	Frau B. Schwarz	AOK Hessen
Frau Y. Kothe	Herr R. Skypzak	AOK Hessen
Frau S. Strodt	N. N.	BKK Landesverband Süd
Herr F. Kimpel-Stephan	Herr H. Barfknecht Herr D. Oesterwinter Frau B. Stein Frau S. Göbel	IKK classic KNAPPSCHAFT SVLFG
Frau C. Ackermann	Herr R. Sand	vdek-Landesverband Hessen
Herr R. Sand	Herr C. Nyhuis	vdek-Landesverband Hessen
Beteiligtes Mitglied	Stellvertretung	Benannt durch
Frau N. Walter	Frau K. Israel-Laubinger	Landesärztekammer Hessen
Herr F. Stricker-Wolff	Frau K. Freund-Gutmann	Landespflegerat Hessen
Frau A. Scherer	Herr M. Vomweg	Verband der Privaten Krankenversicherung
Frau U. Häuser	N. N.	LAG Selbsthilfe Hessen

Sitzungstermine

Sitzung Nr.	Datum
13	30.06.2023
14	07.11.2023

Die LAGQH - Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen GbR - ist eine Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen, der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. und der Verbände der Krankenkassen in Hessen. Am 23.10.2018 wurde hierfür ein Vertrag geschlossen, der die Grundlage für die Planung und Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Hessen schafft. Die Ziele umfassen insbesondere:

- ✓ die Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung,
- ✓ einen validen und vergleichbaren Erkenntnisgewinn über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer*innen und
- ✓ dadurch die Stärkung der Selbstbestimmung der Patient*innen.

Hierfür werden neben den Verfahren der DeQS-RL auch landesspezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen eingesetzt. Die LAGQH hat

- ✓ eine Gesellschafterversammlung als Entscheidungsgremium für alle administrativen, organisatorischen und fiskalischen Entscheidungen,
- ✓ ein Lenkungsgremium als Entscheidungsgremium für die Aufgaben gemäß §§ 5, 6 und 8a der DeQS-RL sowie den Aufgaben gemäß den Vereinbarungen zu den Landesverfahren
- ✓ eine unabhängige, neutrale Geschäftsstelle für die administrative Betreuung und technisch-organisatorische Durchführung.

Die Aufgaben der LAGQH gemäß § 6 der DeQS-RL (Fassung vom 21.12.2023) sind:

1. Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung zu stellenden Auswertungen der länderbezogenen Verfahren
2. Bewertung der Auffälligkeiten, Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung sowie Durchführung der qualitätsverbessernden Maßnahmen
3. Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten
4. Information sowie Beratung der Leistungserbringer*innen
5. Durchführung der Datenvalidierung

6. Förderung des Austausches der Leistungserbringer*innen untereinander über qualitätsverbessernde Maßnahmen
7. laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie deren barrierefreie Darstellung im Internet
8. Datenannahme durch die unabhängige und neutrale Geschäftsstelle der LAG
9. Umsetzung von Aufgaben, die sich aus den Regelungen zum Qualitätsbericht ergeben und die zur Veröffentlichung geeigneter Qualitätsergebnisse im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser notwendig sind

Ergänzend hierzu hat sie folgende weitere Aufgaben im Rahmen der Landesverfahren:

1. Spezifikationserstellung und Instrumentenentwicklung zur Erfassung von QS-Daten
2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien (Rechenregeln, Referenzbereiche)
3. Auswertungsstelle (Berichterstellung für Leistungserbringer*innen)
4. Einrichtung von Fachausschüssen und Expertengremien
5. Sekundärdatenanalysen

Näheres hierzu siehe Kapitel 2 - Landesverfahren und Kapitel 3 - Bundesverfahren.



2. Landesverfahren

Einleitung

Die im folgenden Kapitel dargestellten Landesverfahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen, die in dieser Form ausschließlich im Bundesland Hessen durchgeführt werden. Hierzu sind entsprechende Vereinbarungen auf Grundlage des § 112 Absatz 1 i. V. m. Absatz 2 Nr. 3 SGB V geschlossen worden.

Konkret werden aktuell die beiden Landesverfahren „MRE-Projekt Hessen“ und „Schlaganfallbehandlung“, untergliedert in die zwei Module „Schlaganfall akut“ und „Schlaganfall neurologische Frührehabilitation“, im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung in Hessen durchgeführt.

Als Vertragspartner treten die Verbände der Krankenkassen in Hessen und die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) auf. Im MRE-Projekt Hessen wird die Trägerschaft um das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) als zusätzlicher Vertragspartner ergänzt. Inhaltlich legen die Vereinbarungen das konkrete Vorgehen zum Datenmanagement

und zur Auswertungserstellung, der Berichterstattung und der Umsetzung besonderer Maßnahmen sowie die Aufgaben und Besetzung der eingerichteten Fachausschüsse fest. Darüber hinaus werden Regelungen zur Finanzierung getroffen und Grundsätze des Datenschutzes, entsprechend der geltenden gesetzlichen Bestimmungen, abgebildet.

Die Durchführungsverantwortung für die Landesverfahren lag bis zum Jahr 2021 bei der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GOH). Beide Verfahren wurden ab 2022 nach Beschluss der Gesellschafterversammlung der LAGQH in gewohnter Form weitergeführt. Hierzu gingen die ehemals durch die GOH übernommenen Aufgaben in die Verantwortung der LAGQH über. Beide zugrundeliegenden Vereinbarungen sind auf der Internetseite der LAGQH veröffentlicht, um für alle Beteiligten jederzeit eine größtmögliche Transparenz herzustellen.

Alle teilnehmenden Kliniken erhalten als unterstüt-

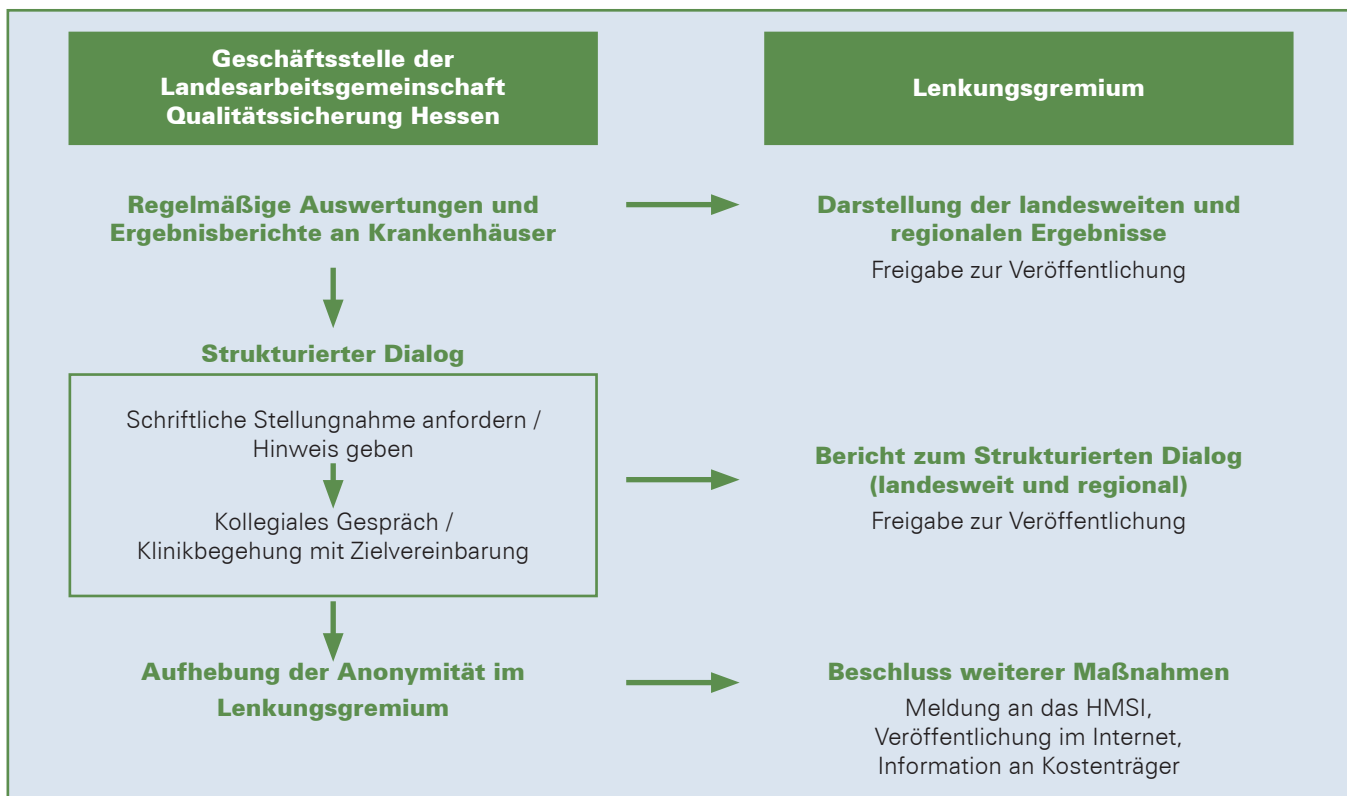


Abb. 2.1 Verfahrensplan - Strukturierter Dialog

zendes Instrument des klinikinternen Qualitätsmanagements quartalsweise Basisauswertungen und Auswertungen zu den Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen. Durch das zeitnahe und engmaschige Vorgehen soll die Informationsqualität für die Leistungserbringer verbessert werden.

Für alle dargestellten Verfahren werden durch das Lenkungsgremium der LAGQH Fachausschüsse berufen, die sich aus verschiedenen Professionen zusammensetzen. Die Gremien unterstützen die LAGQH bei der Umsetzung der Qualitätssicherungsverfahren beratend mit ihrer jeweiligen Fachexpertise. Weiterhin bewerten sie die rechnerisch auffälligen Kliniken im Rahmen des im Folgenden dargestellten Strukturier-ten Dialogs.

Dieses Instrument kommt in allen Landesverfahren zum Einsatz. Sollten Auswertungsergebnisse von teilnehmenden Kliniken von den festgelegten Referenzwerten abweichen, wird hierzu in Abstimmung mit

dem zuständigen Fachausschuss ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Auf der Darstellung der Klinik basierend führt der Fachausschuss eine Bewertung der zugrundeliegenden Zusammenhänge durch. Einen schematischen Überblick über den strukturierten Dialog bietet die Abbildung 2.1.

Um die Datenerhebung zu überprüfen, führt die LAGQH in allen Landesverfahren eine Datenvalidierung durch. Diese stellt sicher, dass die Erhebungsbögen die benötigten Daten vollständig, vollzählig und valide darstellen und die Dokumentation in den Erhebungsbögen die Aktenlage in den Kliniken korrekt wiedergibt. Die Datenvalidierung setzt sich aus den beiden Verfahren der statistischen Basisprüfung und des Stichprobenverfahrens zusammen. Eine detaillierte Darstellung der Abläufe ist der Abbildung 2.2 zu entnehmen.

Ergebnisse und aktuelle Entwicklungen werden in den einzelnen Verfahrenskapiteln im Folgenden dargestellt.

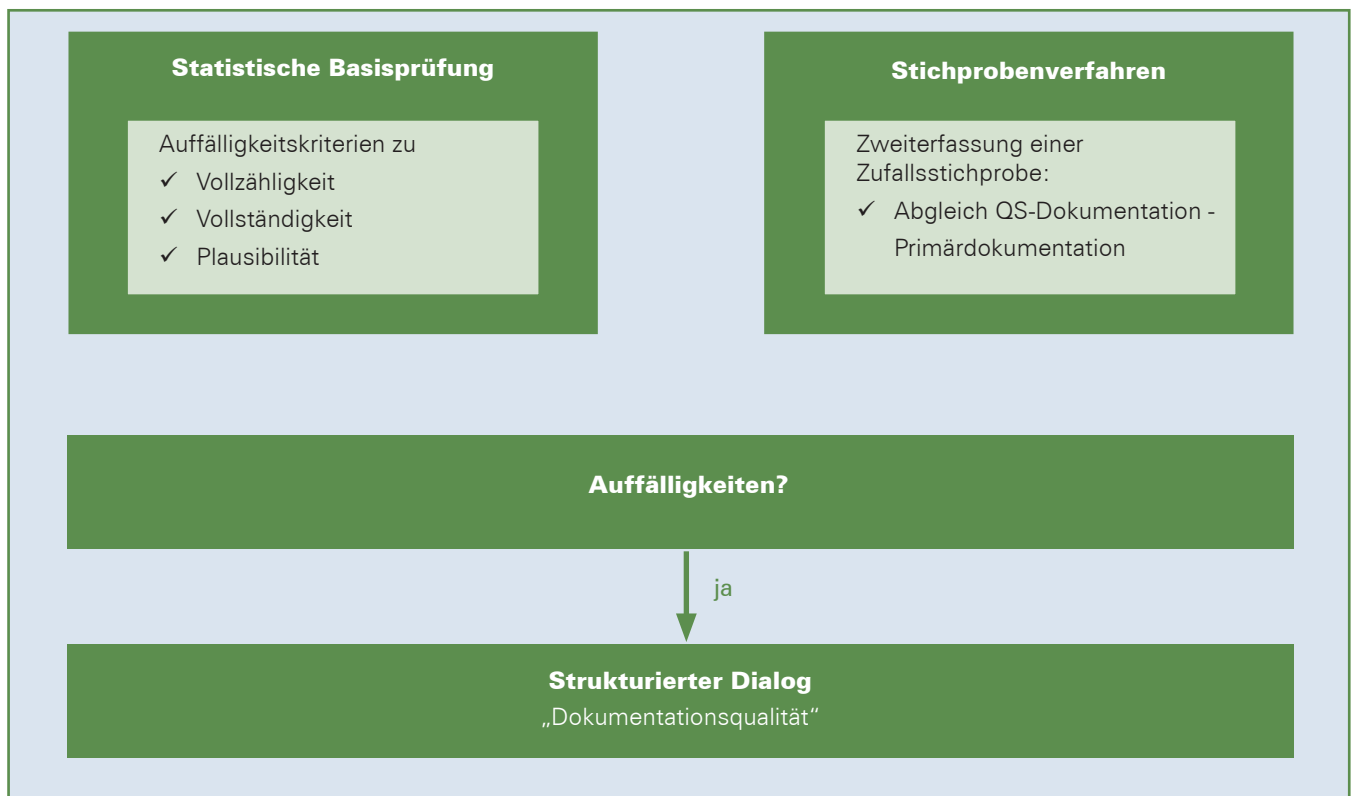


Abb. 2.2 Verfahrensplan - Datenvalidierung



Landesverfahren - Verzeichnis

Verfahren	Verfahren/Bezeichnung	Details auf Seite
	MRE_HE MRE-Projekt Hessen	16
	SA_HE Schlaganfall - Akutbehandlung	26
	SA_FRUEHREHA_HE Schlaganfall - Frühreha (Phase B)	34

2.1 MRE-Projekt

Fachausschuss (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Prof. Dr. F. Günther	Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Marburg	Krankenhäuser
Herr Dr. M. Hartwich	Asklepios Schlossbergklinik, Bad König	Krankenhäuser
Frau U. Hiller	Lahn-Dill-Kliniken GmbH	Krankenhäuser
Herr Dr. B. Luther	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Frau Dr. B. Sticher	BDH-Klinik Braunfels	Krankenhäuser
Herr Dr. G.-C. Zinn	Zentrum für Hygiene- und Infektionsprävention, Ingelheim	Krankenhäuser

Expert*in	Institution/Ort (Funktion)
Frau Prof. Dr. U. Heudorf	MRE-Netzwerk Rhein-Main, Frankfurt a. M.

Expert*innengremium ergänzend zum Fachausschuss (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution
Herr Dr. B. Bornhofen	Stadtgesundheitsamt Stadt Offenbach am Main
Herr Prof. Dr. S. Gramminger	Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.
Frau C. Grün	Hessische Krankenhausgesellschaft
Herr Dr. J. Krahn †	Stadtgesundheitsamt Stadt Darmstadt und Landkreis Darmstadt-Dieburg
Herr R. Sand	vdek-Landesverband Hessen
Frau S. Schaefer	AOK Hessen
Frau S. Strodt	BKK Landesverband Süd
Frau Dr. C. Winten	Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege

Termine Fachausschuss-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
26	09.03.2023
27	31.05.2023
28	19.10.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
Frau S. Puttins	Frau L. Schultheiß

Termin Sitzung des Expertengremiums

Sitzung Nr.	Datum
10	19.10.2023

Einleitung

Das in der Trägerschaft des Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI), den Verbänden der Krankenkassen und der hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) verankerte „MRE-Projekt Hessen“ wurde als Landesqualitätssicherungsverfahren erfolgreich durch die Geschäftsstelle weitergeführt.

Nosokomiale Infektionen stellen in Deutschland trotz seines hochentwickelten Gesundheitssystems ein relevantes Patientenrisiko und eine Herausforderung an die klinische Hygiene sowie den Infektionsschutz dar. Im Fokus der nosokomialen Infektionen stehen schon seit längerem die Infektionen, welche durch MRE (Multiresistente Erreger) hervorgerufen werden. Die Versorgung von Patient*innen, die mit MRE kolonisiert oder infiziert sind, erfordert einen hohen strukturellen Aufwand.

Dynamik und Relevanz der multiresistenten Erreger als „schleichende Pandemie“ bleiben für alle Akteure des Gesundheitssystems ein herausforderndes Thema im klinischen Alltag, zu dem das MRE-Projekt ein Instrument zur Bewältigung liefern will.

Zum einen beleuchtet das Verfahren den Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin und Methicillin, zum anderen zwei ausgewählte Keime der gramnegativen Erreger mit Multiresistenz 4MRGN. Die Dokumentation von Krankenhausfällen mit dem Erreger:

- ✓ MRSA (ICD-Kode U80.00!)
- ✓ Klebsiella pneumoniae 4MRGN (ICD-Kode U81.41!)
- ✓ Acinetobacter baumannii (ICD-Kode U81.51!)

ist von allen hessischen Kliniken inklusive psychiatrischer und psychosomatischer Fachkliniken verpflichtend durchzuführen.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Im Verfahren werden insgesamt sechs Qualitätsindikatoren berechnet und bewertet. Vier der Indikatoren beleuchten die Prozessqualität und liefern Ergebnisse zu den Themen Isolierung, Dekolonisierung von MRSA-besiedelten Patient*innen und die Informationsweitergabe an die weiterbehandelnden Ärzt*innen. Hierzu erhalten alle teilnehmenden Kliniken quartalsweise Auswertungen. Darüber hinaus werden jährlich auf Basis der von den Kliniken gelieferten Behandlungstage drei Inzidenzindikatoren mit entsprechenden Unterkennzahlen zu MRSA und den beiden abgebildeten 4MRGN-Keimen berechnet.

Die Übersicht in den Abbildungen 2.1.1 und 2.1.2 zeigt hierzu die Ergebnisse aller Indikatoren für das Erfassungsjahr 2022. Es wurden in allen Indikatoren weiterhin Ergebnisse auf einem gleichbleibend hohen Niveau wie in den Vorjahren erreicht.

Auffällig ist die gestiegene Fallzahl der erhobenen 4MRGN-Keime. Hier wurden mit 78 Fällen, bei vergleichbarer Anzahl der Behandlungstage, ca. 56 % mehr Fälle als im Vergleichszeitraum 2021 gemeldet. Die Hintergründe sind aus Sicht des Expertengremiums und des Fachausschusses sicher multifaktoriell. Einen wesentlichen Anteil sehen die Experten hierbei im Rahmen des Flüchtlingsgeschehens aus dem osteuropäischen Raum. Bei diesen Patient*innen wurde überdurchschnittlich häufig eine entsprechende Keimbelastung im Rahmen von Krankenhausaufenthalten nachgewiesen.

Ergänzend zu den dargestellten Ergebnissen hat die LAGQH auch in diesem Jahr eine Sonderauswertung der Inzidenzindikatoren nach Versorgungsgebieten erstellt. Diese zeigt die Inzidenzverteilung nach Krankenhausstandort in Hessen. Die detaillierten Ergebnisse sind der Tabelle 2.1.1 MRE Versorgungsgebiete sowie den Tabellen 2.1.2 und 2.1.3 zu entnehmen.

Ergebnisübersicht 2022

Kennzahl	Indikatoren zu Ergebnissen	Quartal	Referenzwerte			Hessen		
Kennzahlen 1, 1a, 1b und 1c: Inzidenz-Indikatoren zu MRSA								
1	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage	Q4/2022					Fälle 79	
		Q3/2022					Fälle 79	
		Q2/2022					Fälle 82	
		Q1/2022					Fälle 104	
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,01	Hessen: 0,00	Ergebnis 0,00	Intervall [0 ; 0,01]	Fälle 344 / 7.355,914
1a	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Q4/2022					Fälle 30	
		Q3/2022					Fälle 29	
		Q2/2022					Fälle 27	
		Q1/2022					Fälle 28	
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,00	Hessen: 0,00	Ergebnis 0,00	Intervall [0 ; 0]	Fälle 114 / 7.355,914
1b	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Q4/2022					Fälle 16	
		Q3/2022					Fälle 13	
		Q2/2022					Fälle 21	
		Q1/2022					Fälle 25	
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,00	Hessen: 0,00	Ergebnis 0,00	Intervall [0 ; 0]	Fälle 57 / 7.355,914
1c	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Q4/2022					Fälle 8	
		Q3/2022					Fälle 4	
		Q2/2022					Fälle 13	
		Q1/2022					Fälle 14	
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: > 0,00	Hessen: 0,00	Ergebnis 0,00	Intervall [0 ; 0]	Fälle 39 / 7.355,914
2	Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/ durchgeführt wurde	Q4/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 84,27 %	Hessen: 93,13 %	Ergebnis 93,13 %	Intervall [89,91 ; 95,38]	Fälle 312 / 335
		Q3/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 84,27 %	Hessen: 93,67 %	Ergebnis 93,67 %	Intervall [90,52 ; 95,83]	Fälle 311 / 332
		Q2/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 84,27 %	Hessen: 94,21 %	Ergebnis 94,21 %	Intervall [91,39 ; 96,15]	Fälle 358 / 380
		Q1/2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 84,27 %	Hessen: 94,01 %	Ergebnis 94,01 %	Intervall [91,17 ; 95,98]	Fälle 361 / 384
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: < 84,27 %	Hessen: 93,78 %	Ergebnis 93,78 %	Intervall [92,41 ; 94,92]	Fälle 1.342 / 1.431
3a	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden	Q4/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: ≤ 3*			Fälle ≤ 3*
		Q3/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: ≤ 3*			Fälle ≤ 3*
		Q2/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: ≤ 3*			Fälle ≤ 3*
		Q1/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: ≤ 3*			Fälle ≤ 3*
		Jahr 2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 10			Fälle 10
3b	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥ 3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden	Q4/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 6			Fälle 6
		Q3/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 6			Fälle 6
		Q2/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 9			Fälle 9
		Q1/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 9			Fälle 9
		Jahr 2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 30			Fälle 30

Abb. 2.1.1 Übersichtstabelle Hessen gesamt

* Datenschutz

Ergebnisübersicht 2022

Kennzahl	Indikatoren zu Ergebnissen	Quartal	Referenzwerte			Hessen		
Kennzahlen 4 und 6: Indikatoren zu MRE (MRSA und 4MRGN)								
4	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert	Q4/2022	Ziel: $\geq 95,00\%$	Auffälligkeit: $< 90,00\%$	Hessen: 94,93 %	Ergebnis: 94,93 %	Intervall: [93,24 ; 96,21]	Fälle: 805 / 848
		Q3/2022	Ziel: $\geq 95,00\%$	Auffälligkeit: $< 90,00\%$	Hessen: 94,96 %	Ergebnis: 94,96 %	Intervall: [93,34 ; 96,2]	Fälle: 866 / 912
		Q2/2022	Ziel: $\geq 95,00\%$	Auffälligkeit: $< 90,00\%$	Hessen: 95,44 %	Ergebnis: 95,44 %	Intervall: [93,9 ; 96,61]	Fälle: 880 / 922
		Q1/2022	Ziel: $\geq 95,00\%$	Auffälligkeit: $< 90,00\%$	Hessen: 96,79 %	Ergebnis: 96,79 %	Intervall: [95,46 ; 97,75]	Fälle: 906 / 936
		Jahr 2022	Ziel: $\geq 95,00\%$	Auffälligkeit: $< 90,00\%$	Hessen: 95,55 %	Ergebnis: 95,55 %	Intervall: [94,83 ; 96,18]	Fälle: 3.457 / 3.618
5	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1000 Belegungstage	Q4/2022						Fälle: 13
		Q3/2022						Fälle: 32
		Q2/2022						Fälle: 11
		Q1/2022						Fälle: 22
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00	Ergebnis: 0,00	Intervall: [0 ; 0]	Fälle: 78 / 7.355.914
5a	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Q4/2022						Fälle: $\leq 3^*$
		Q3/2022						Fälle: $\leq 3^*$
		Q2/2022						Fälle: $\leq 3^*$
		Q1/2022						Fälle: $\leq 3^*$
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00	Ergebnis: 0,00	Intervall: [0 ; 0]	Fälle: 31 / 7.355.914
5b	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Q4/2022						Fälle: 5
		Q3/2022						Fälle: 5
		Q2/2022						Fälle: 4
		Q1/2022						Fälle: 8
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00	Ergebnis: 0,00	Intervall: [n.b.]	Fälle: 22 / 0
5c	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle - ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Q4/2022						Fälle: $\leq 3^*$
		Q3/2022						Fälle: $\leq 3^*$
		Q2/2022						Fälle: $\leq 3^*$
		Q1/2022						Fälle: $\leq 3^*$
		Jahr 2022	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.	Hessen: 0,00	Ergebnis: 0,00	Intervall: [0 ; 0]	Fälle: 6 / 7.355.914
6	Anzahl der nosokomialen 4MRGN-Fälle, bei denen der Keimbefund im Behandlungsverlauf festgestellt wurde und keine Vorantibiose > 7 Tage innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund erfolgt ist.	Q4/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: $\leq 3^*$			Fälle: $\leq 3^*$
		Q3/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 11			Fälle: 11
		Q2/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: $\leq 3^*$			Fälle: $\leq 3^*$
		Q1/2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: $\leq 3^*$			Fälle: $\leq 3^*$
		Jahr 2022		Auffälligkeit: Sentinel Event	Hessen: 17			Fälle: 17

Abb. 2.1.2 Übersichtstabelle Hessen gesamt

* Datenschutz

Anteil nosokomialer Infektionen an allen MRSA-Fällen nach Versorgungsgebiet

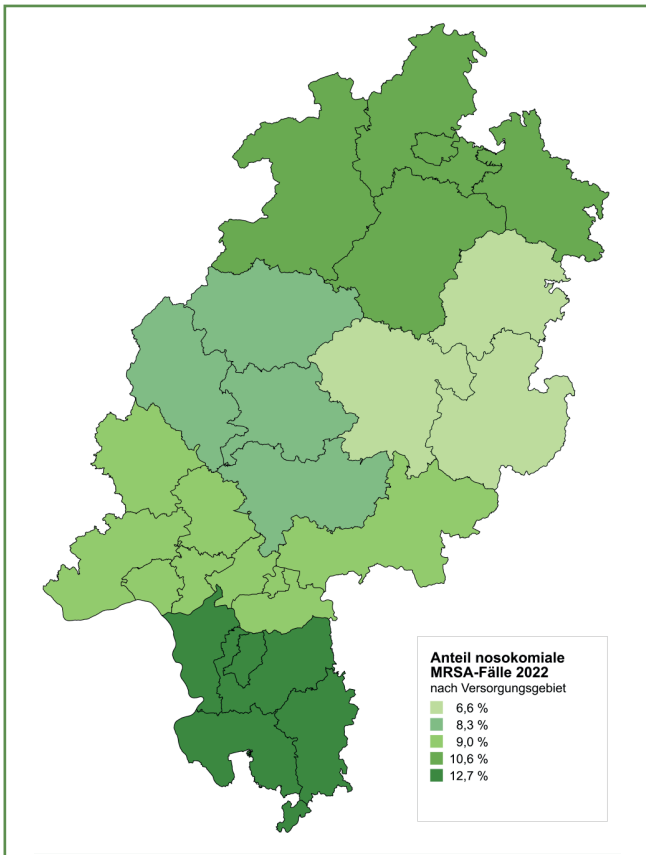


Abb. 2.1.2

Anteil nosokomialer Infektionen an allen 4MRGN-Fällen¹ nach Versorgungsgebiet

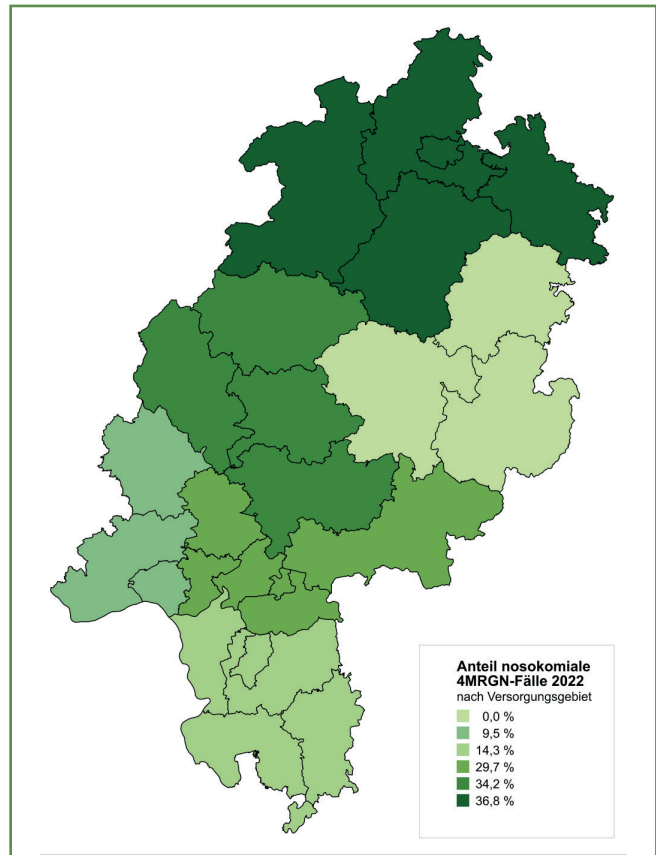


Abb. 2.1.3 Prozentualer Anteil der MRGN-Fälle

Ergebnisse der MRE-Qualitätsindikatoren nach Versorgungsgebiet (KH-Bezug)

Qualitätsindikatoren	Jahr	WI-LM	DA	F-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
2: Dekolonisierung	2022 (%)	88,9	88,9	92,2	92,3	94,9	97,7	93,8
	2021 (%)	89,0	89,0	95,4	87,8	92,1	97,5	93,8
	2020 (%)	92,0	92,0	97,1	89,9	91,3	96,8	94,5
	2019 (%)	96,9	96,9	97,3	93,8	93,0	96,0	96,4
	2018 (%)	96,4	96,4	95,9	92,3	92,5	97,4	95,1
3a: Isolierung (bei Aufnahme bekannt)	2022 (N) ²	*	*	*	*	*	*	10
	2021 (N) ²	*	*	*	*	*	*	≤3 ³
	2020 (N) ²	*	*	*	*	*	*	7
	2019 (%)	98,86	98,91	98,09	98,73	99,17	99,44	98,70
	2018 (%)	99,2	97,9	98,0	98,1	97,6	98,6	98,2
3b: Isolierung (im Screening)	2022 (N) ²	0	≤3 ³	7	10	4	6	*
	2021 (N) ²	0	≤3 ³	5	8	5	11	*
	2020 (%)	99,0	99,5	98,4	98,8	98,3	97,9	98,5
	2019 (%)	98,9	98,6	97,6	98,0	96,1	98,1	97,8
	2018 (%)	98,7	98,6	97,6	96,3	94,8	98,4	97,4
4: Weiterbehandelnde Ärzt*innen informiert	2022 (%)	96,2	94,5	95,5	95,8	95,4	95,9	95,6
	2021 (%)	96,7	96,4	96,6	96,4	94,8	95,7	96,2
	2020 (%)	95,7	96,3	96,5	96,7	95,5	95,8	96,2
	2019 (%)	96,6	96,6	97,6	95,9	91,8	97,8	96,5
	2018 (%)	96,0	97,5	96,7	95,1	95,2	97,4	96,4

Tab. 2.1.1 Prozessindikatoren

¹ Klebsiella pneumoniae 4MRGN (ICD-Kode U81.41!), Acinetobacter baumannii 4MRGN (ICD-Kode U81.51!)

² Änderung in Sentinel-Event-Indikator

³ Datenschutz

Nosokomiale MRSA	Wi-LM	DA	F-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
Anteil aller Fälle (in %) nach Versorgungsgebiet, nach Wohnort (WO)							
2022 (WO)	9,0 (7,8)	12,7 (11,7)	9,0 (9,9)	8,3 (7,6)	6,6 (5,8)	10,6 (7,7)	9,4 (8,7)
2021 (WO)	10,4 (8,9)	8,0 (6,4)	8,7 (10,4)	14,1 (13,0)	5,2 (6,0)	11,2 (10,3)	9,9 (9,8)
2020	7	13,1	10,5	12,4	7,7	8,8	10,1
2019	7,2	9,2	11,7	10,5	5,6	10	10
2018	13,8	9,9	10,6	11,9	7,5	14,3	11,4
Inzidenz / 1.000 Belegungstage							
2022 (Anzahl Fälle)	0,04 (23)	0,07 (52)	0,04 (110)	0,04 (47)	0,04 (20)	0,05 (46)	0,05
2021	0,06	0,04	0,05	0,08	0,04	0,07	0,06
2020	0,04	0,07	0,06	0,09	0,06	0,07	0,07
2019	0,05	0,06	0,07	0,08	0,06	0,09	0,07
2018	0,11	0,08	0,08	0,09	0,05	0,16	0,1

Tab. 2.1.2 Ergebnisse nach Versorgungsgebieten

Nosokomiale 4MRGN ¹ (im Verlauf erworben)	Wi-LM	DA	F-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
Anteil aller Fälle (in %) nach Versorgungsgebiet, nach Wohnort (WO)							
2022 (WO)	9,5 (21,7)	14,3 (27,8)	29,7 (25,5)	34,2 (37,9)	0 (20,0)	36,8 (52,9)	29,2 (30,4)
2021 (WO)	33,3 (35,7)	29,4 (31,6)	23,0 (30,6)	39,5 (24,3)	14,3 (33,3)	12,5 (16,7)	27,5 (29,1)
2020	12,5	15	19	21,1	16,7	21,4	18,5
2019	15	33,3	12,3	30,8	42,8	28,6	19,7
2018	30	21,7	20	41,9	13,3	33,3	24,6
Inzidenz / 1.000 Belegungstage							
2022 (Anzahl Fälle)	0,003 (5)	0,002 (5)	0,014 (25)	0,019 (22)	0,000 ($\leq 3^2$)	0,010 (9)	0,01
2021	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01
2020	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
2019	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01
2018	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01

Tab. 2.1.3 Ergebnisse nach Versorgungsgebieten

¹ Klebsiella pneumoniae 4MRGN (ICD-Kode U81.41!), Acinetobacter baumannii 4MRGN (ICD-Kode U81.51!)

² Datenschutz

Strukturierten Dialog

Einen Gesamtüberblick zu den aktuellen Ergebnissen des Strukturierten Dialogs und der Entwicklung der letzten Jahre seit Beginn des MRE-Projektes in Hessen bietet die Abb. 2.1.4.

halbjährlichen Intervall 75 Stellungnahmen zu Prozess- und Inzidenzindikatoren bei den teilnehmenden Kliniken angefordert. In 29 Fällen musste der Fachausschuss nach Prüfung vorliegende Qualitätsmängel in Bezug auf Prozess- und/oder Strukturqualität als ursächlich feststellen. In 33 Fällen handelte es sich um

Insgesamt wurden für das Erfassungsjahr 2022 im

Übersicht Entwicklung Strukturierter Dialog

	1.+2. Quartal 2020	3.+4. Quartal 2020 EJ 2020	1.+2.Quartal 2021	3.+4. Quartal 2021 EJ 2021	1.+2. Quartal 2022	3.+4. Quartal 2022 EJ 2022
QI 1	-	5+2 KG 4 1	-	5+2 KG 1 2 2	-	7+2 KG 1 5 1
QI 1a	-	5 3 2	-	2 2	-	-
QI 1b	-	4 3 1	-	-	-	-
QI 1c	-	7 4 2 1	-	5 1 3	-	-
QI 2	4 4	6 2 4	3 1	-	2 1	5 3 2
QI 3a	3* 1 2	4 1 3	2 1 1	2 1 1	2 2	5 1 4
QI 3b	2 2	3 2 1	-	11* 1 10	15 2 3 10	9 2 6 1
QI 4	6 4 2	6+1 KG 3 1 2	4 1 3	1 1	9 7 1	7 6 1
QI 5	-	22 Fragebögen	-	-	-	-
QI 6	-	-	-	10 1 6 3	-	12 4 8

* Änderung in Sentinel Event
KG = Kollegiales Gespräch

	Qualitätsproblem
	Dokumentationsfehler
	Unauffällig
	Hinweis

QI 1 Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage
 QI 1 a Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftigen Infektionen pro 1.000 Belegungstage
 QI 1 b Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patient*innen und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1.000 Belegungstage
 QI 1 c Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle - ohne Notfall-Patient*innen und ohne Patient*innen mit Risikofaktoren pro 1.000 Belegungstage
 QI 2 Anteil aller MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/durchgeführt wurde
 QI 3a Anteil aller nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit einem bereits bei Aufnahme bekannten MRE-Status, bei denen eine Isolierung durchgeführt wurde
 QI 3b Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥ 4 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, bei denen eine Isolierung durchgeführt wurde
 QI 4 Weiterbehandelnde Ärzt*innen nachweislich informiert
 QI 5 Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1.000 Belegungstage
 QI 6 Anzahl der nosokomialen 4MRGN-Fälle, bei denen der Keimbefund im Behandlungsverlauf festgestellt wurde und keine Vorantibiose > 7 Tage innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund erfolgt ist

Abb. 2.1.4

der rechnerischen Auffälligkeit zugrunde liegende Dokumentationsfehler.

Neben den schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurden zwei ergänzende Kollegiale Gespräche zur weiteren Klärung geführt. Beide Kliniken waren im Indikator 1 „Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage“ erneut signifikant auffällig. Die Umsetzung der hierbei gemeinsam getroffenen Zielvereinbarungen konnte in der im weiteren Verlauf stattgefundenen Überprüfung einen Erfüllungsgrad von fast 100 % zeigen; auch die aktuellen Ergebnisse in den betreffenden Indikatoren konnten von den Kliniken durchgängig verbessert werden.

Ausblick

Im Mai 2023 konnte die LAGQH in Organisation des HMSI eine Informationsveranstaltung zum aktuellen Projektstand und zu den bisherigen Ergebnissen für die hessischen Gesundheitsämter anbieten, die auf durchgängig positive Resonanz stieß.

Wie bereits in den Jahren 2016 und 2019 wurde im Herbst 2023 eine erneute Strukturhebung in den teilnehmenden hessischen Kliniken durchgeführt. Beleuchtet wurden hierbei die Hygienestrukturen der Bereiche:

- ✓ Organisationsstruktur/Hygienemanagement,
- ✓ Hygienekommission,
- ✓ Hygienepläne,
- ✓ personelle Strukturen,
- ✓ Hygieneschulungen,
- ✓ Surveillance nosokomialer Infektionen/(multi-)resistenter Erreger,
- ✓ Screening,
- ✓ Hygienemanagement bei Erregernachweis,
- ✓ Antibiotika.

Nach Auswertung und Aufbereitung der Ergebnisse wird die LAGQH den teilnehmenden Kliniken eine detaillierte Auswertung der Erhebung zur Verfügung stellen und auf den Internetseiten veröffentlichen.

(www.lagqh.de)

2.2 Schlaganfall-Projekt

Einleitung Schlaganfallversorgung

Die Schlaganfallversorgung hat sich in den letzten 25 Jahren rasant weiterentwickelt. Dies liegt zum einen am flächendeckenden Aufbau von Stroke-Units, zum anderen aber auch an einer Vielzahl von wissenschaftlichen Studien im Bereich der Schlaganfallversorgung, welche u. a. die Diagnostik, die Akuttherapie sowie die Sekundärprophylaxe betreffen. Dementsprechend sind sowohl die deutschen als auch die europäischen Leitlinien in einem regelmäßigen Wandel. Die externe Qualitätssicherung ist ein wesentliches Instrument für ein Monitoring der Leitlinien in den schlaganfallbehandelnden Krankenhäusern und ggf. auch zu Interventionen bei systematischen Abweichungen. Darüber hinaus können neue Therapieansätze beobachtet, verfolgt und qualitätsgesichert werden.

Weiterhin stehen die Schnittstellen zwischen der Krankenhausbehandlung und weiteren Versorgungsstrukturen, z. B. zum Rettungsdienst, Rehabilitationsein-

richtungen, ambulante Versorgung etc., immer mehr im Fokus. Übergeordnetes Ziel aller Maßnahmen im Rahmen der externen Qualitätssicherung ist flächendeckend eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Schlaganfallpatient*innen in Hessen zu gewährleisten. Die Ergebnisse können somit auch in das Fachkonzept Schlaganfall in Hessen einfließen.

Landesverfahren Schlaganfallversorgung (SA) Hessen - Modularer Aufbau

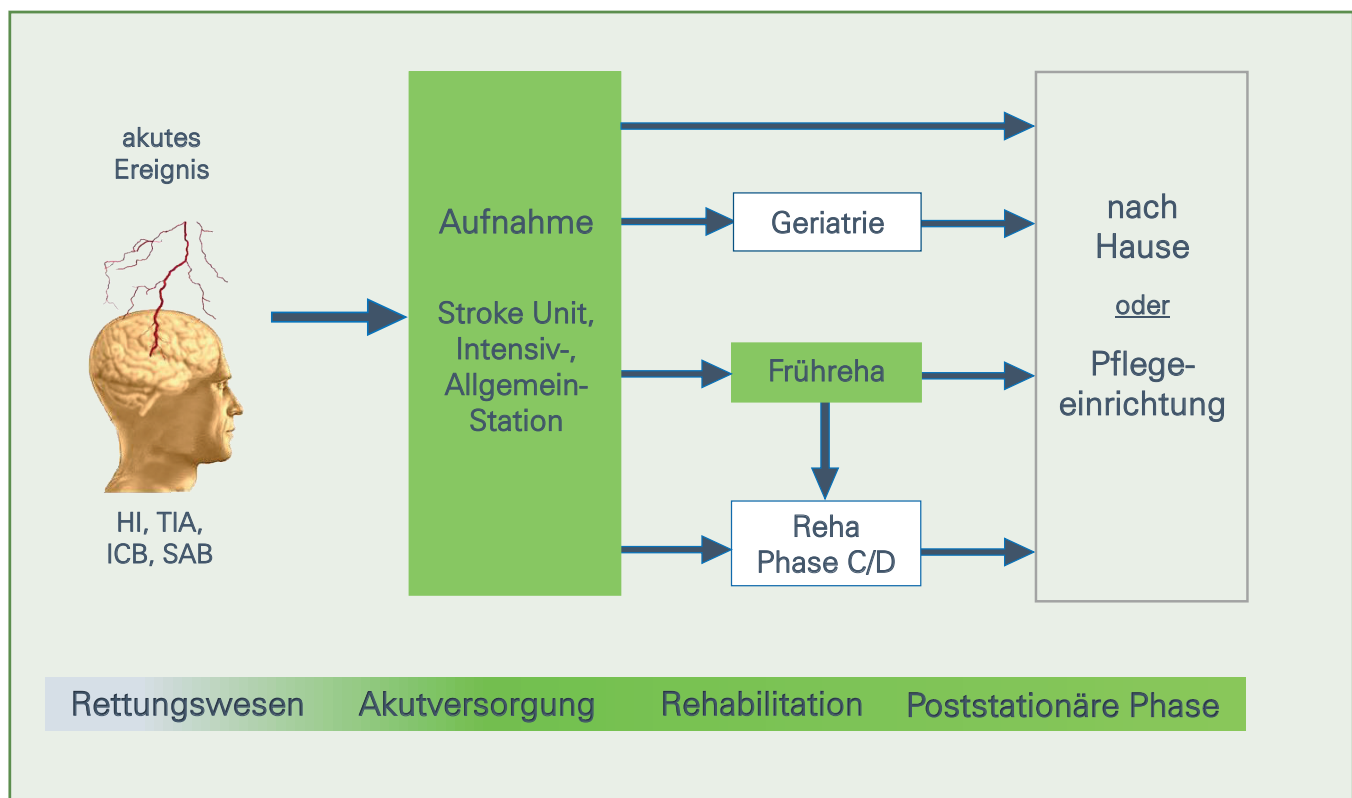


Abb. 2.2.1 Landesverfahren Schlaganfallversorgung (SA) Hessen - Modularer Aufbau

Fachausschuss (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. J. Allendörfer	Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen, Nidda	Krankenhäuser
Frau Dr. A. Kailing	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Prof. Dr. T. Neumann-Haefelin	Klinikum Fulda, Klinik Gelnhausen (Main-Kinzig-Kliniken)	Krankenhäuser
Herr Dr. A. Schütz	Krankenhaus Nordwest, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. M. Stein	Universitätsklinikum Gießen	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. T. Steiner	Klinikum Frankfurt-Höchst	Krankenhäuser
Frau Prof. Dr. I. Sünkeler	BDH Klinik Braunfels	Krankenhäuser
Frau Dr. N. Ostwald	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr H.-D. Niepötter	Selbsthilfegruppe Schlaganfall für Betroffene und Angehörige im Kreis Bergstraße	Patient*innen

Expert*innen	Institution/Ort (Funktion)
Herr Prof. Dr. J. Berkefeld	Frankfurt a. M.
Herr Dr. S. Kaendler	Offenbach
Herr Prof. Dr. M. Kaps	Gießen
Herr Prof. Dr. G.-M. von Reutern	Bad Nauheim

Termine Fachausschuss-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
89	30.03.2023
90	25.07.2023
91	31.10.2023

Arbeitsgruppe Frührehabilitation (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. J. Allendörfer	Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen, Nidda	Krankenhäuser
Herr Dr. C. Bucka	Neurologische Klinik Westend, Bad Wildungen	Krankenhäuser
Herr Dr. M. Hartwich	Asklepios Schloßbergklinik, Bad König	Krankenhäuser
Frau Prof. Dr. I. Sünkeler	BDH Klinik Braunfels	Krankenhäuser

Termine Arbeitsgruppen-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
8	19.06.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projekt	Projektleitung	Projektassistenz
Akutbehandlung	Herr Dr. B. Misselwitz	Frau V. Weck
Frührehabilitation	Frau S. Puttins	Frau A. Meister

2.2.1 Akutbehandlung

Fallzahlverteilung 2022

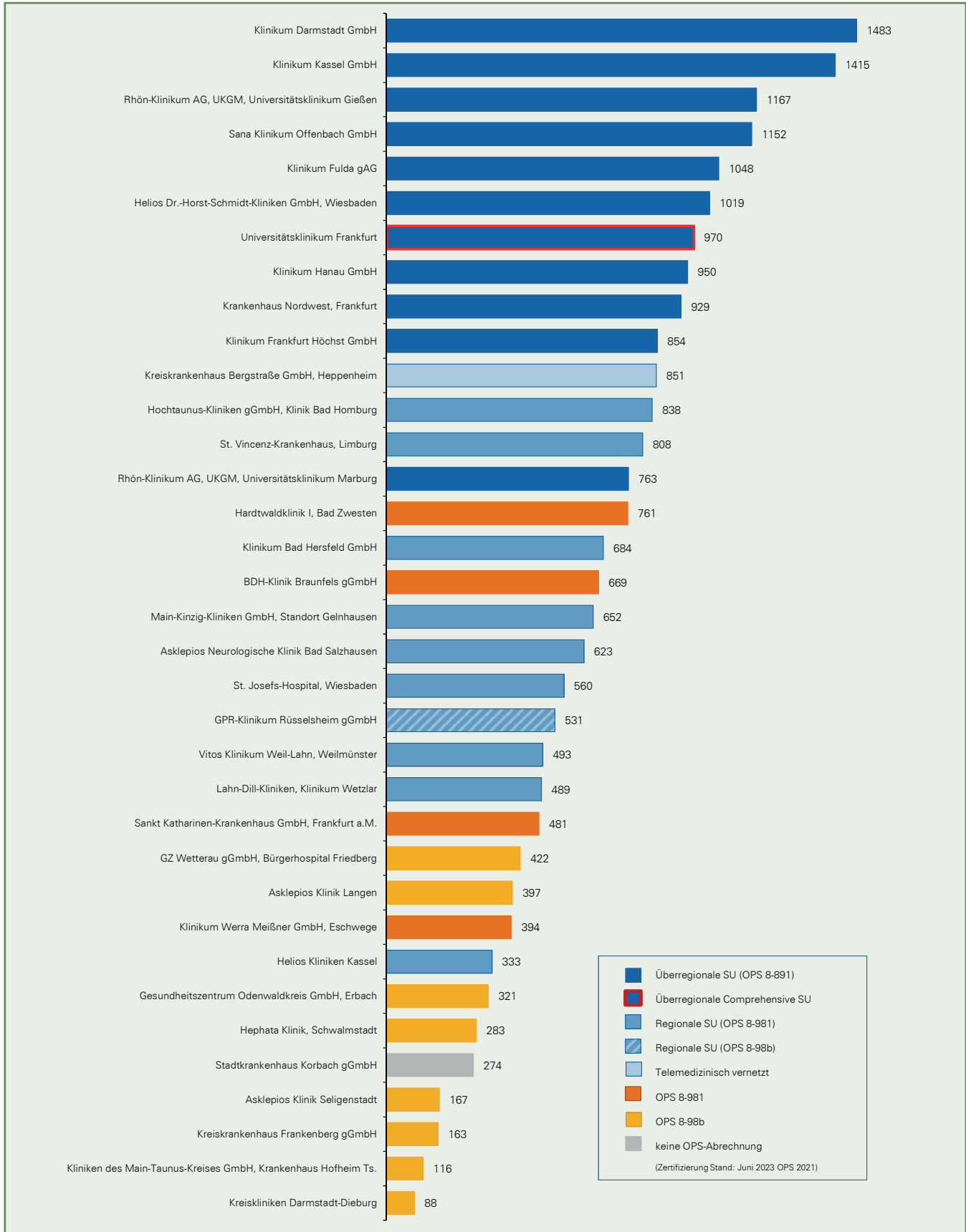


Abb. 2.2.1.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung 2022 (Darstellung der Kliniken mit Fallzahl ≥ 50)
Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2022 und Entlassungsdatum bis 31.12.2022

Einleitung

Im Jahr 2022 wurden in den hessischen Kliniken 23.875 Datensätze für die Qualitätssicherung Schlaganfall Akut erfasst, 22.200 davon sind in die Auswertungen eingeflossen. Bei den nicht in die Auswertung einbezogenen Patient*innen handelt es sich zum Großteil um Fälle, bei denen das Ereignis länger als sieben Tage zurücklag. Die ausgewerteten Fälle verteilen sich auf Hirninfarkte (64,3 %), Transitorisch ischämische Attacken (26,8 %), Intrazerebrale Blutungen

(7,6 %) und Subarachnoidalblutungen (1,8 %). Gegenüber dem Vorjahr ist die Gesamtfallzahl nahezu gleichgeblieben (-1,35 %). 95 % der Patient*innen wurden in den 35 hessischen Stroke Units (Abrechnungsfähigkeit der Komplexpauschale 8-981, 8-98b) versorgt. Elf Einrichtungen davon verfügen als überregionale Stroke Unit über eine interventionelle Neuroradiologie (Abb. 2.2.1.2).

Stroke Units in Hessen

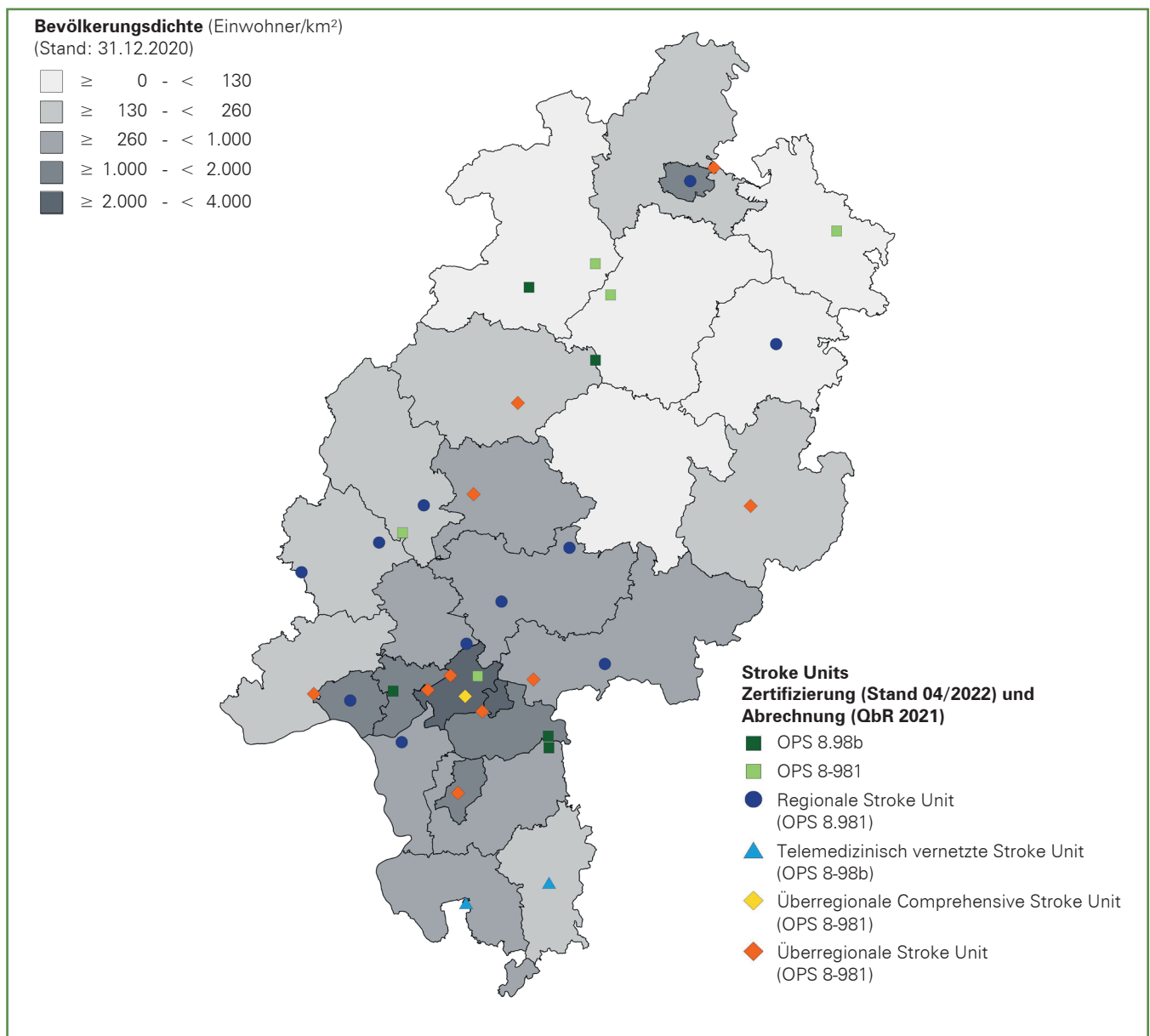


Abb. 2.2.1.2 Stroke Units

Ergebnisübersicht 2022 - Hirninfarkt

Qualitätsindikatoren:				Gesamtfallzahl 2022 (ohne Minimaldatensätze): 20.253			
QI-ID		Referenzwerte	Q4/2022 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Q1/2022 - Q4/2022 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Jahr 2021 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner		
22-002	VHF-Diagnostik	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,51 %	96,51 % [95,87 ; 97,05] 3.567 / 3.696 Fällen	96,62 % [96,32 ; 96,90] 14.270 / 14.769 Fällen	96,22 % [95,90 ; 96,51] 14.463 / 15.031 Fällen		
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: ≥ 83,40 % Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 77,50 %	77,50 % [75,39 ; 79,48] 1.240 / 1.600 Fällen	78,30 % [77,27 ; 79,29] 5.043 / 6.441 Fällen	77,33 % [76,31 ; 78,31] 5.212 / 6.740 Fällen		
13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIHSS ≥ 4)	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 90,57 %	90,57 % [88,25 ; 92,47] 672 / 742 Fällen	89,68 % [88,51 ; 90,73] 2.597 / 2.896 Fällen	87,64 % [86,43 ; 88,75] 2.701 / 3.082 Fällen		
09-004	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 80,00 % Ø in Hessen: 92,81 %	92,81 % [92,04 ; 93,52] 4.314 / 4.648 Fällen	93,38 % [93,01 ; 93,73] 17.258 / 18.482 Fällen	94,09 % [93,75 ; 94,42] 17.667 / 18.776 Fällen		
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 97,11 %	97,11 % [96,49 ; 97,62] 3293 / 3391 Fällen	96,98 % [96,68 ; 97,25] 13.160 / 13.570 Fällen	96,58 % [96,26 ; 96,87] 13.409 / 13.884 Fällen		
15-003	Behandlung auf Stroke Unit	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 95,26 %	95,26 % [94,51 ; 95,91] 3.416 / 3.586 Fällen	95,33 % [94,98 ; 95,67] 13.590 / 14.255 Fällen	95,10 % [94,76 ; 95,42] 15.529 / 16.329 Fällen		
14d-001	Thrombolyse (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 77,82 %	77,82 % [74,00 ; 81,23] 393 / 505 Fällen	76,74 % [74,82 ; 78,55] 1.511 / 1.969 Fällen	78,06 % [76,20 ; 79,81] 1.576 / 2.019 Fällen		
23a-001	Intraarterielle Therapie (bei Gefäßverschluss und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: ≥ 75,00 % Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 79,59 %	79,59 % [74,62 ; 83,80] 234 / 294 Fällen	76,71 % [74,14 ; 79,11] 850 / 1.108 Fällen	74,92 % [72,39 ; 77,29] 899 / 1.200 Fällen		
16d-001	Door-to-needle-time ≤ 60 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: ≥ 90,00 % Auffälligkeit: < 79,20 % Ø in Hessen: 89,13 %	89,13 % [85,76 ; 91,78] 369 / 414 Fällen	90,54 % [88,99 ; 91,89] 1.426 / 1.575 Fällen	90,05 % [88,51 ; 91,41] 1476 / 1.639 Fällen		
25a-001	Door-to-puncture-time ≤ 90 min	Ziel: ≥ 73,00 % Auffälligkeit: < 50,00 % Ø in Hessen: 71,69 %	71,69 % [66,56 ; 76,31] 233 / 325 Fällen	66,19 % [63,46 ; 68,82] 789 / 1.192 Fällen	60,84 % [58,01 ; 63,60] 710 / 1.167 Fällen		
27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels (TICI IIb-III)	Ziel: ≥ 90,00 % Auffälligkeit: < 80,00 % Ø in Hessen: 90,77 %	90,77 % [87,13 ; 93,46] 295 / 325 Fällen	86,74 % [84,70 ; 88,55] 1.034 / 1.192 Fällen	86,63 % [84,56 ; 88,47] 1.011 / 1.167 Fällen		
17-003	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (bei Stenosegrad 70 - < 100 %, Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 80,00 % Ø in Hessen: 86,82 %	86,82 % [79,91 ; 91,61] 112 / 129 Fällen	84,63 % [81,06 ; 87,63] 391 / 462 Fällen	83,08 % [79,39 ; 86,23] 383 / 461 Fällen		
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie (bei Rankin ≥ 3 oder BI ≤ 70)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 97,12 %	97,12 % [96,22 ; 97,82] 1.655 / 1.704 Fällen	97,57 % [97,16 ; 97,91] 6.451 / 6.612 Fällen	98,02 % [97,66 ; 98,32] 6.738 / 6.874 Fällen		
03-004	Rehabilitation - Logopädie (bei Aphasie/Dysarthrie/Dysphagie)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,38 %	96,38 % [95,43 ; 97,14] 1.786 / 1.853 Fällen	96,00 % [95,53 ; 96,43] 6.941 / 7.230 Fällen	96,68 % [96,25 ; 97,06] 7.249 / 7.498 Fällen		
06-002	Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern (Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 94,98 %	94,98 % [93,18 ; 96,32] 719 / 757 Fällen	95,53 % [94,72 ; 96,22] 2.778 / 2.908 Fällen	95,63 % [94,81 ; 96,32] 2.691 / 2.814 Fällen		
21-002	Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 95,81 %	95,81 % [95,19 ; 96,35] 4.458 / 4.653 Fällen	95,55 % [95,25 ; 95,84] 17.795 / 18.623 Fällen	94,90 % [94,57 ; 95,20] 17.887 / 18.849 Fällen		
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient*innen mit Rankin 2-5 bei Entlassung	Ziel: ≥ 93,70 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 84,00 %	84,00 % [81,93 ; 85,88] 1.108 / 1.319 Fällen	85,89 % [84,91 ; 86,82] 4.402 / 5.125 Fällen	83,33 % [82,28 ; 84,32] 4.278 / 5.134 Fällen		
11-004	Pneumonie bei Patient*innen mit Hirninfarkt	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: > 1,40 Hessen: 5,13% O/E=0,90	0,90 [0,78 ; 1,04] 180 / 3.507 Fällen	0,92 [0,85 ; 0,98] 703 / 13.993 Fällen	1,06 [1,00 ; 1,13] 864 / 14.368 Fällen		

Abb. 2.2.1.3 Qualitätsindikatoren Hirninfarkt und TIA

Ergebnisübersicht 2022 - Hirninfarkt

Kennzahlen:		Hessen			
Gesamtfallzahl 2022 (ohne Minimaldatensätze): 20.253		Q4/2022	Q1/2022 - Q4/2022	Jahr 2021	
QI-ID	Referenzwerte	Klinikwert [95% CI]	Klinikwert [95% CI]	Klinikwert [95% CI]	
	Zähler / Nenner	Zähler / Nenner	Zähler / Nenner	Zähler / Nenner	
28a-001	Mismatch-Diagnostik bei Wake-Up Stroke Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 45,27 %	45,27 % [38,55 ; 52,18] 91 / 201 Fällen	42,11 % [38,71 ; 45,59] 331 / 786 Fällen	n.b. [n.b.] 0 / 0 Fällen	
28b-001	Mismatch-Diagnostik bei Lyse außerhalb des Zeitfensters Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 61,73 %	61,73 % [50,84 ; 71,55] 50 / 81 Fällen	53,90 % [48,07 ; 59,63] 152 / 282 Fällen	n.b. [n.b.] 0 / 0 Fällen	
28c-001	Mismatch-Diagnostik bei IAT außerhalb des Zeitfensters Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 60,40 %	60,40 % [50,65 ; 69,38] 61 / 101 Fällen	48,73 % [43,57 ; 53,92] 173 / 355 Fällen	n.b. [n.b.] 0 / 0 Fällen	
14b-001	Thrombolyse (im Zeitfenster ≤ 4 h) Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 53,25 %	53,25 % [50,15 ; 56,33] 532 / 999 Fällen	53,31 % [51,75 ; 54,87] 2.092 / 3.924 Fällen	53,48 % [51,95 ; 55,00] 2.196 / 4.106 Fällen	
23-001	Intraarterielle Therapie Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 10,88 %	10,88 % [9,91 ; 11,95] 390 / 3.583 Fällen	9,93 % [9,45 ; 10,43] 1.417 / 14.269 Fällen	9,57 % [9,11 ; 10,06] 1.402 / 1.464 Fällen	
23b-001	Intraarterielle Therapie (Gefäßverschluss, Zeitfenster > 6 - 24 h) Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 50,47 %	50,47 % [41,14 ; 59,76] 54 / 107 Fällen	51,84 % [46,64 ; 57,01] 183 / 353 Fällen	47,97 % [43,59 ; 52,38] 236 / 492 Fällen	
26-001	Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie (≤ 75 min nach Bildgebung) Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 49,21 %	49,21 % [37,27 ; 61,24] 31 / 63 Fällen	61,97 % [55,29 ; 68,22] 132 / 213 Fällen	55,71 % [49,09 ; 62,13] 122 / 219 Fällen	
16a-002	Door-to-needle-time ≤ 60 min (Alter ≤ 80, NIHSS 4-25, bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h) Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 87,03 %	87,03 % [83,98 ; 89,57] 483 / 555 Fällen	88,57 % [87,16 ; 89,84] 1.922 / 2.170 Fällen	88,37 % [86,99 ; 89,62] 2.006 / 2.270 Fällen	
16c-001	Door-to-needle-time ≤ 60 min (erweiterte Indikation) Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 83,18 %	83,18 % [79,31 ; 86,44] 351 / 422 Fällen	83,35 % [81,45 ; 85,10] 1.332 / 1.598 Fällen	83,60 % [81,65 ; 85,37] 1.274 / 1.524 Fällen	
16b-002	Door-to-needle-time ≤ 30 min (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h) Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 56,79 %	56,79 % [50,50 ; 62,87] 138 / 243 Fällen	54,56 % [51,37 ; 57,72] 514 / 942 Fällen	53,17 % [50,13 ; 56,18] 554 / 1.042 Fällen	
25b-001	Door-to-puncture-time ≤ 90 min (Direct to Center) Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 64,16 %	64,16 % [57,72 ; 70,13] 145 / 226 Fällen	57,98 % [54,64 ; 61,25] 494 / 852 Fällen	51,93 % [48,58 ; 55,27] 443 / 853 Fällen	
25c-001	Door-to-puncture-time ≤ 90 min (Drip and Ship) Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 88,89 %	88,89 % [81,19 ; 93,68] 88 / 99 Fällen	86,76 % [82,75 ; 89,96] 295 / 340 Fällen	89,42 % [85,21 ; 92,53] 245 / 274 Fällen	
18a-003	Sterblichkeit nach Rekanalisation eines Hirninfarkts Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Hessen: 12,40% O/E=1,41	1,41 [1,18 ; 1,68] 108 / 871 Fällen (12,40 %)	1,32 [1,20 ; 1,45] 394 / 3.354 Fällen (11,75 %)	1,07 [0,97 ; 1,18] 352 / 3.366 Fällen (10,46 %)	
18c-003	Sterblichkeit nach Thrombolyse Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Hessen: 9,94% O/E=1,44	1,44 [1,15 ; 1,78] 71 / 714 Fällen (9,94 %)	1,29 [1,15 ; 1,46] 246 / 2.711 Fällen (9,07 %)	1,14 [1,00 ; 1,29] 216 / 2.709 Fällen (7,97 %)	
18d-003	Sterblichkeit nach Thrombektomie Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Hessen: 21,82% O/E=1,26	1,26 [1,03 ; 1,54] 72 / 330 Fällen (21,82 %)	1,16 [1,04 ; 1,29] 264 / 1.231 Fällen (21,45 %)	0,99 [0,88 ; 1,11] 238 / 1.209 Fällen (19,69 %)	
10a-004	Todesfälle bei Patient*innen mit Hirninfarkt Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Hessen: 5,04% O/E=1,28	1,28 [1,10 ; 1,49] 161 / 3.195 Fällen (5,04 %)	1,18 [1,09 ; 1,28] 565 / 12.601 Fällen (4,48 %)	1,04 [0,96 ; 1,13] 533 / 12.812 Fällen (4,16 %)	
10b-004	Todesfälle bei Patient*innen mit Hirninfarkt (excl. Patient*innen mit palliativer Zielsetzung) Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Hessen: 0,86% O/E=1,09	1,09 [0,74 ; 1,60] 25 / 2.920 Fällen (0,86 %)	1,11 [0,90 ; 1,35] 93 / 11.582 Fällen (0,80 %)	0,97 [0,79 ; 1,20] 87 / 11.852 Fällen (0,73 %)	

Abb. 2.2.1.4 Kennzahlen Hirninfarkt und TIA

Ergebnisübersicht 2022 - Intrazerebrale Blutung

Gesamtfallzahl 2022 (ohne Minimaldatensätze): 1.546				Q4/2022	Q1/2022 - Q4/2022	Jahr 2021	
QI-ID	Referenzwerte	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner
I13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h) Ziel: ≥ 89,20 % Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 79,19 %	79,19 %	[72,54 ; 84,57] 137 / 173 Fällen	80,58 %	[77,61 ; 83,24] 610 / 757 Fällen	78,47 %	[75,46 ; 81,20] 616 / 785 Fällen
I12-004	Screening für Schluckstörungen Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,68 %	96,68 %	[93,31 ; 98,38] 204 / 211 Fällen	95,42 %	[93,77 ; 96,64] 791 / 829 Fällen	96,23 %	[94,70 ; 97,33] 791 / 822 Fällen
I15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 93,49 %	93,49 %	[89,82 ; 95,89] 244 / 261 Fällen	94,93 %	[93,46 ; 96,08] 1.030 / 1.085 Fällen	94,57 %	[93,12 ; 95,74] 1.098 / 1.161 Fällen
I02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 94,12 %	94,12 %	[88,82 ; 96,99] 128 / 136 Fällen	95,40 %	[93,19 ; 96,92] 477 / 500 Fällen	95,84 %	[93,73 ; 97,26] 484 / 505 Fällen
I03-004	Rehabilitation - Logopädie Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 97,64 %	97,64 %	[93,28 ; 99,19] 124 / 127 Fällen	95,54 %	[93,14 ; 97,13] 407 / 426 Fällen	94,34 %	[91,78 ; 96,14] 417 / 442 Fällen
I19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient*innen mit alltagsrelevanten Behinderungen Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 85,51 %	85,51 %	[78,67 ; 90,42] 118 / 138 Fällen	87,33 %	[84,23 ; 89,90] 462 / 529 Fällen	83,81 %	[80,30 ; 86,79] 414 / 494 Fällen
I11-004	Pneumonie als Komplikation (O/E) Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: > 1,40 Hessen: 12,15% O/E=0,73	0,73	[0,55 ; 0,95] 44 / 362 Fällen (12,15 %)	1,00	[0,89 ; 1,12] 238 / 1.464 Fällen (16,26 %)	1,05	[0,94 ; 1,17] 265 / 1.523 Fällen (17,40 %)
I10a-004	Todesfälle (O/E) Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 19,88% O/E=1,02	1,02	[0,82 ; 1,26] 67 / 337 Fällen (19,88 %)	0,90	[0,80 ; 1,01] 237 / 1.340 Fällen (17,69 %)	1,01	[0,91 ; 1,11] 305 / 1.399 Fällen (21,80 %)
I10b-004	Todesfälle (excl. Patient*innen mit palliativer Zielsetzung) (O/E) Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 1,67% O/E=0,45	0,45	[0,17 ; 1,13] 4 / 239 Fällen (1,67 %)	0,32	[0,19 ; 0,52] 15 / 978 Fällen (1,53 %)	0,53	[0,37 ; 0,76] 28 / 978 Fällen (2,86 %)
I30-001	Normalisierung des INR bei Vorbehandlung mit Vit-K-Antagonisten Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 66,67 %	x %	[20,77 ; 93,85] ≤3 / ≤3* Fällen	67,74 %	[50,14 ; 81,43] 21 / 31 Fällen	75,00 %	[56,64 ; 87,32] 21 / 28 Fällen
I31-001	Antagonisierung von DOAK bei Vorbehandlung mit DOAK Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 41,67 %	41,67 %	[19,33 ; 68,05] 5 / 12 Fällen	44,44 %	[32,00 ; 57,62] 24 / 54 Fällen	44,83 %	[32,75 ; 57,55] 26 / 58 Fällen

Abb. 2.2.1.5 Qualitätsindikatoren Intrazerebrale Blutungen

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Insgesamt 18 Qualitätsindikatoren (Abb. 2.2.1.3) sowie 17 Kennzahlen (Abb. 2.2.1.4) umfasst die Auswertung, welche primär auf den Rechenregeln der Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister (ADSR) (www.schlaganfallregister.org) basieren.

Für alle Qualitätsindikatoren wurden im Rahmen einer bundesweiten Konsensfindung der ADSR und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) bundesweit gültige Referenzbereiche definiert. Mit deren Hilfe sollen die Krankenhäuser mögliche Qualitätsdefizite erkennen und ggf. Maßnahmen einleiten.

Neben den ADSR-Indikatoren wurden in Hessen auch speziell für die Intrazerebralen Blutungen (ICB) und Subarachnoidalblutungen (SAB) Qualitätsindikatoren

ausgewertet und den Kliniken zurückgespiegelt. Grob orientieren sich hierbei die Indikatoren an den ADSR-Indikatoren, jedoch werden bei der Berechnung nur ICBs bzw. SABs berücksichtigt. Somit können ggf. spezifische Defizite in der Versorgung dieser beiden Schlaganfalltypen identifiziert werden (Abb. 2.2.1.5 und 2.2.1.6).

Ergebnisübersicht 2022 - Subarachnoidalblutung

Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 1.237			Ergebnis 2022		Ergebnis 2020 - 2022	
QI-ID		Referenzwerte	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner
S13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 94,12 %	94,12 %	[89,78 ; 96,68] 176 / 187 Fällen	94,79 %	[92,62 ; 96,35] 528 / 557 Fällen
S13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 87,03 %	87,03 %	[81,42 ; 91,13] 161 / 185 Fällen	84,78 %	[81,55 ; 87,54] 468 / 552 Fällen
S12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 77,06 %	77,06 %	[71,04 ; 82,15] 168 / 218 Fällen	79,70 %	[76,46 ; 82,59] 526 / 660 Fällen
S15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 97,79 %	97,79 %	[95,25 ; 98,98] 265 / 271 Fällen	97,69 %	[96,38 ; 98,53] 761 / 779 Fällen
S02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 80,00 %	80,00 %	[49,02 ; 94,33] 8 / 10 Fällen	94,59 %	[82,30 ; 98,50] 35 / 37 Fällen
S03-004	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 88,89 %	88,89 %	[67,20 ; 96,90] 16 / 18 Fällen	88,00 %	[76,19 ; 94,38] 44 / 50 Fällen
S19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient*innen mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 92,54 %	92,54 %	[83,69 ; 96,77] 62 / 67 Fällen	94,22 %	[90,37 ; 96,59] 212 / 225 Fällen
S11-004	Pneumonie als Komplikation (O/E)	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: > 1,40 Hessen: 23,25% O/E=1,34	1,34	[1,12 ; 1,59] 92 / 369 Fällen (24,93 %)	1,17	[1,05 ; 1,30] 255 / 1.097 Fällen (23,25 %)
S10a-004	Todesfälle (O/E)	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 15,28% O/E=1,24	1,24	[0,98 ; 1,54] 62 / 356 Fällen (17,42 %)	1,09	[0,94 ; 1,25] 162 / 1.060 Fällen (15,28 %)
S10b-004	Todesfälle (excl. Patient*innen mit palliativer Zielsetzung) (O/E)	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 4,32% O/E=0,34	0,34	[0,18 ; 0,61] 10 / 282 Fällen (3,55 %)	0,39	[0,28 ; 0,53] 38 / 879 Fällen (4,32 %)
S40-001	Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 77,30 % Ø in Hessen: 81,29 %	81,29 %	[74,78 ; 86,42] 139 / 171 Fällen	84,46 %	[81,19 ; 87,26] 462 / 547 Fällen

Abb. 2.2.1.6 Qualitätsindikatoren Subarachnoidalblutungen

Strukturierter Dialog

Auf Empfehlung des Fachausschusses wurde mit diversen rechnerisch auffälligen Krankenhäusern ein Strukturierter Dialog durchgeführt. Schwerpunkt waren hierbei die Prozessindikatoren zur Bildgebung, Karotisrevascularisierung, Door-to-needle-Zeit und Intraarteriellen Therapie sowie die Pneumonie als Komplikation (siehe Tab. 2.2.1.1).

Mit zwei Einrichtungen wurde auf Grundlage der Empfehlung der Fachausschussmitglieder ein Kollegiales Gespräch durchgeführt, eines davon im Rahmen einer Begehung und Datenvalidierung vor Ort.

Strukturierter Dialog

Qualitätsindikator	HI/TIA	ICB	SAB
06-002 Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern (Rankin bei Entlassung ≤ 3)	1	-	-
11-004 Pneumonie als Komplikation (O/E)	2	2	3
12-004 Screening für Schluckstörungen	-	-	2
13a-006 Frühzeitige erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	-	2	1
13c-001 CT-MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung	3	-	-
14d-001 Thrombolyse nach Protokoll (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	1	-	-
15-003 Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	1	-	-
16d-001 Door-to-needle-time ≤ 60 min nach Protokoll (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	3	-	-
17-003 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (Stenosegrad 70 - < 100 %, Rankin bei Entlassung ≤ 3)	5	-	-
19-002 Entlassungsziel Rehabilitation von Patient*innen mit alltagsrelevanten Behinderungen	-	1	-
21-002 Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe	1	-	-
23a-001 Intraarterielle Therapie (Carotis-T, M1, M2 oder BA-Verschluss und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	5	-	-
40-001 Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas	-	-	2
Summe: 35	22	5	8

Tab. 2.2.1.1 Strukturierter Dialog 2023 (EJ 2022) im Bereich Schlaganfall-Akut

Schlaganfallversorgung 2022

Akutstationäre Schlaganfallversorgung in Hessen (2022)	Alle KH (N=103)	KH mit SU [8-98] (N=35)	KH mit SU [8-981] (N=25)	KH mit SU [DSG] (N=22)	KH mit ÜR SU [DSG] (N=11)
Alle SA (N=23.875)	100 %	95,90 %	83,60 %	78,00 %	49,20 %
ICB (N=1.824)	100 %	93,60 %	86,00 %	84,70 %	66,40 %
SAB (N=482)	100 %	90,90 %	88,60 %	86,10 %	77,00 %
TIA (N=6.187)	100 %	97,00 %	82,00 %	71,90 %	40,30 %
HI (N=15.338)	100 %	96,10 %	83,90 %	79,40 %	50,00 %
HI innerhalb von 24 h nach Ereignis (N=10.734)	100 %	98,00 %	85,70 %	82,60 %	53,00 %
HI innerhalb von 6 h nach Ereignis (N=6.026)	100 %	98,20 %	87,50 %	84,50 %	57,00 %

Abk.: KH = Krankenhausstandorte, SU = Stroke-Unit, DSG = Deutsche Schlaganfallgesellschaft, ÜR = Überregional
 SA = Schlaganfälle, ICB = Intracerebrale Blutung, SAB = Subarachnoidalblutung, TIA = Transitorisch ischämische Attacke, HI = Hirninfarkt

Tab. 2.2.1.2 Schlaganfallversorgung nach Schlaganfalltyp-gruppe

Akutstationäre Schlaganfallversorgung in Hessen

Auf Grundlage der Daten des Jahres 2022 aus dem QS-Verfahren wurde versucht, die Versorgung des akuten Schlaganfalls in den Hessischen Krankenhäusern differenziert darzustellen (Tab. 2.1.2.2).

Zum einen erfolgt eine Differenzierung der versorgten Schlaganfalltypen (ICB = Intracerebrale Blutung, SAB = Subarachnoidalblutung, TIA = Transitorisch Ischämische Attacke und HI = Hirninfarkt), beim HI zusätzlich noch nach der therapierelevanten Zeit zwischen dem Ereignis und der Aufnahme in ein Krankenhaus. Zum anderen wird unterschieden zwischen den Krankentypen nach Abrechnungsmöglichkeiten (OPS) sowie nach Zertifizierung gemäß der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG). Der OPS-Code 8-98 steht hierbei für die sonstigen multimodalen Komplexbehandlungen (in einer Stroke Unit) und subsumiert im Rahmen der Schlaganfallversorgung die „Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ (8-981) sowie die „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ (8-98b). In diesen Kliniken wird u. a. die Akutbehandlung mit einer systemischen Thrombolyse ermöglicht. Einrichtungen die den Code 8-981 abrechnen können verfügen hierbei über eine bettenführende neurologische Abteilung.

Bei den Kriterien der DSG im Rahmen ihrer Zertifizierung wird zusätzlich noch nach regionaler und überregionaler Stroke-Unit unterschieden. In den überregionalen Stroke-Units ist die Möglichkeit einer mechanischen Rekanalisation (Thrombektomie) gegeben.

Sowohl die Abrechnungsoptionen als auch die DSG-Kriterien stehen im Zusammenhang mit einer Strukturprüfung des Medizinischen Dienstes bzw. der Deutschen Schlaganfallgesellschaft.

Die Prozentwerte in der Tabelle zeigen den Anteil der versorgten Patient*innen des jeweiligen Schlaganfalltyps bzw. -gruppe bei den entsprechenden Leistungserbringern. Nach den vorliegenden Daten zum Erfassungsjahr 2022 beteiligen sich 103 Krankenhausstandorte in Hessen an der akutstationären Versorgung der Schlaganfälle, 96 % aller Schlaganfälle werden auch in den 35 Standorten mit Stroke-Unit (OPS 8-98)

behandelt. Die Zahlen variieren zwischen den Typen zwischen 91 und 97 %. Bei den Hirninfarkten die innerhalb von sechs Stunden nach Ereignis aufgenommen werden liegt die Versorgungsrate bei 98 %. Auch bei der Versorgung der Patient*innen in den Kliniken mit Stroke Unit und bettenführender neurologischer Abteilung liegen die Quoten grundsätzlich bei über 80 %, ähnlich verhält es sich bei den nach DSG-zertifizierten Stroke Units, wobei hier die TIAs mit 72 % deutlich abweichen.

Bei den überregionalen Stroke Units lag die Versorgungsquote in 2022 bei ca. 50 %, deutlich höher liegt der Wert bei den Blutungen (SAB und ICB).

2.2.2 Frührehabilitation

Fallzahlverteilung 2022

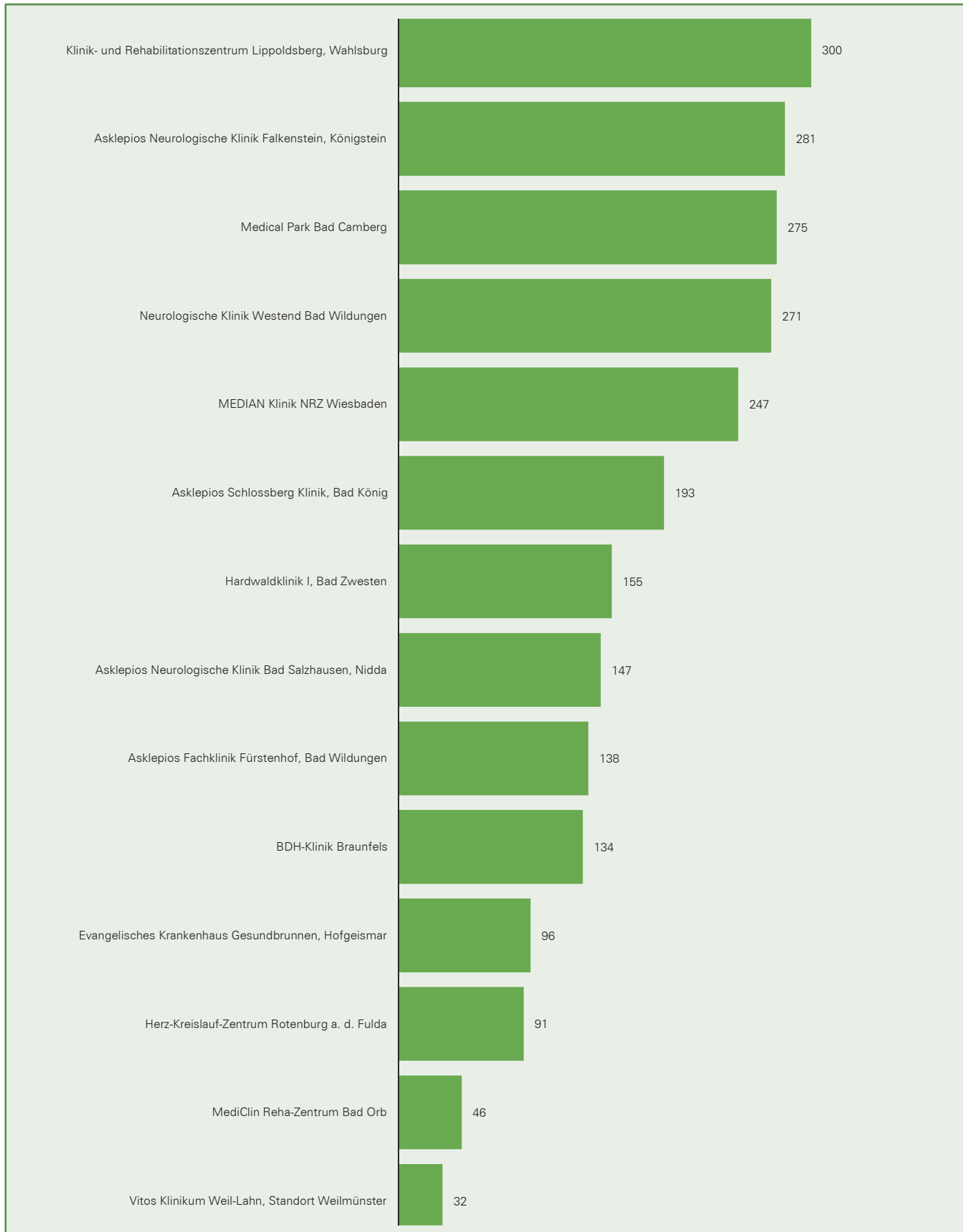


Abb. 2.2.2.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Fallzahl ≥ 4)

Einleitung

Zwischen der Akutbehandlung (Phase A) und der Behandlung in Rehabilitationskliniken (ab Phase C) kombiniert die Neurologische Frührehabilitation (Phase B) akutmedizinische und rehabilitative Behandlungsansätze. Die Struktur der Phase B ermöglicht schwer betroffenen Schlaganfallpatient*innen den Übergang zur Rehabilitation in einer Phase, in der noch keine „klassische“ Rehabilitationsfähigkeit besteht und bietet den Patient*innen eine bessere Chance zum Erreichen von mehr Selbstständigkeit im Alltag.

Die 14 am Verfahren teilnehmenden Kliniken haben im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 2.414 Datensätze gemeldet. Der Fallrange liegt hierbei zwischen 32 und 300 Fällen. Erneut konnte mit einer Vollzähligkeit von nahezu 100 % eine sehr gute Datengrundlage zur Abbildung der Gesamtversorgung in der neurologischen Frührehabilitation nach Schlaganfall in Hessen genutzt werden.

Ergebnisse

Mit der Hauptdiagnose ICD-Code I63 (Hirnfarkt) wurden 68 % der Patient*innen zur Behandlung aufgenommen. Die weiteren Fälle verteilen sich hauptsächlich auf die Einweisungsdiagnosen I61 (intrazerebrale Blutung) mit 24 % und I60 (Subarachnoidalblutung) mit 7 % der Fälle. Zum Zeitpunkt der Aufnahme wurde diagnoseübergreifend in 19 % der Fälle eine Beatmungspflichtigkeit angegeben. Die Abbildungen Diagnoseverteilung und Beatmung veranschaulichen diese Zahlen in grafischer Form (Abb. 2.2.2.2 und 2.2.2.3).

Ein Vergleich der Entlassungs- und Verlegungsformen zeigt in einer Übersicht mit Daten ab dem Erfassungsjahr 2018 einen leicht abnehmenden Trend bei den Verlegungen in die weiterführende stationäre Rehabilitation. Im Gegenzug steigen die Verlegungen in eine Pflegeeinrichtung nach der frührehabilitativen Behandlung in der Phase B leicht an. Ob es sich bei dieser Tendenz um einen generellen Trend in der Versorgung handelt, wird zukünftig zu beobachten sein. Alle Verlegungsströme und die entsprechenden Anteile am Gesamtkollektiv sind der Abbildung 2.2.2.4 zu entnehmen.

Diagnoseverteilung

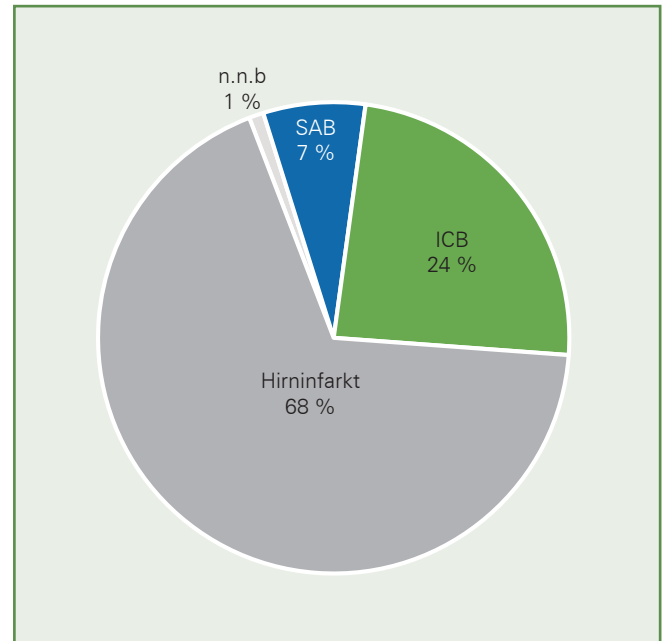


Abb. 2.2.2.2 Phase B Erfassungsjahr 2022

Beatmung bei Aufnahme

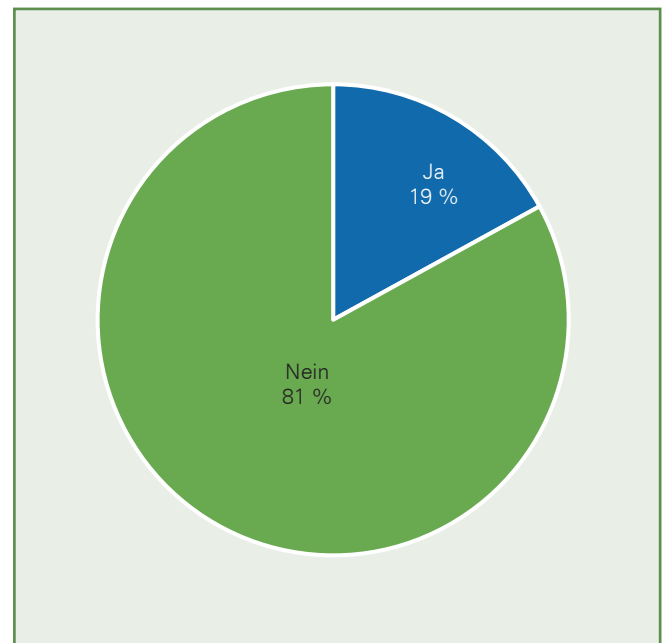


Abb. 2.2.2.3 Phase B Erfassungsjahr 2022

Entlassungs-/Verlegungsstatus 2018 – 2022 (Phase B)



Abb. 2.2.2.4 Phase B Erfassungsjahre 2018-2022

Neben einer jährlichen Basisauswertung erhielten die teilnehmenden Kliniken eine quartalsweise Auswertung von insgesamt zehn Qualitätskennzahlen. In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall wurden für alle Kennzahlen definierte Referenzwerte festgelegt. Mit dieser weiteren Schärfung der Auswertungsgrundlage steht den Kliniken ein gutes Instrument zur Verortung der eigenen Leistung im Vergleich mit den anderen hessischen Leistungserbringer*innen zur Verfügung. In nahezu allen erhobenen Kennzahlen konnte hessenweit durchschnittlich ein positiver Trend im Vergleich zum Vorjahr beobachtet werden.

Eine detaillierte Darstellung aller Ergebnisse zeigt die Abbildung 2.2.2.5.

Ausblick

Mittelfristiges Ziel stellt die Weiterentwicklung aussagekräftiger und belastbarer Qualitätsindikatoren mit der Einführung eines Strukturierten Dialoges analog zu den bereits etablierten Landesverfahren in Hessen dar. Hierzu arbeitet die Arbeitsgruppe Neurologische Frührehabilitation gemeinsam mit der LAGQH aktuell an der Schärfung der Kennzahlen zur „Dekanülierung“ und zur „Beatmungsentwöhnung“, mit dem Ziel belastbare und vergleichbare Ergebnisse zu generieren.

Auf dem Schlaganfallsymposium der LAGQH im Dezember 2023 in Frankfurt konnte ein Vortrag zum hessischen Landesmodul neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall mit Vorstellung der Kennzahlen und Ausblick zur weiteren Relevanz präsentiert werden.

Ergebnisübersicht 2022

Übersichtstabelle:			Hessen		
Gesamtfallzahl 2022 (ohne Minimaldatensätze): 2.414			Q4/2022	Q1/2022 - Q4/2022	Jahr 2021
QI-ID	Referenzwerte	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	
1	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen Ziel: $\geq 39,80\%$ Auffälligkeit: $\leq 16,20\%$ Ø in Hessen: 34,32 %	34,32 % [30,03 ; 38,9] 150 / 437 Fällen	32,01 % [29,93 ; 34,16] 596 / 1.862 Fällen	31,50 % [29,48 ; 33,59] 617 / 1.959 Fällen	
1a	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei nicht beatmeten Patient*innen und Patient*innen ohne Tracheostoma Ziel: $\geq 44,60\%$ Auffälligkeit: $\leq 16,80\%$ Ø in Hessen: 37,03 %	37,03 % [31,89 ; 42,48] 117 / 316 Fällen	33,21 % [30,71 ; 35,8] 437 / 1.316 Fällen	33,63 % [31,17 ; 36,18] 457 / 1.359 Fällen	
1b	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei beatmeten Patient*innen Ziel: $\geq 33,30\%$ Auffälligkeit: $\leq 25,70\%$ Ø in Hessen: 30,49 %	30,49 % [21,58 ; 41,14] 25 / 82 Fällen	34,25 % [29,55 ; 39,29] 124 / 362 Fällen	29,61 % [25,41 ; 34,19] 122 / 412 Fällen	
1c	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei Patient*innen mit Tracheostoma Ziel: $\geq 29,70\%$ Auffälligkeit: $\leq 13,00\%$ Ø in Hessen: 27,12 %	27,12 % [19,91 ; 35,77] 32 / 118 Fällen	29,28 % [25,55 ; 33,31] 154 / 526 Fällen	26,98 % [23,49 ; 30,78] 153 / 567 Fällen	
2	Rückbildung schwerer Verständigungsstörung Ziel: $\geq 46,60\%$ Auffälligkeit: $\leq 20,60\%$ Ø in Hessen: 36,64 %	36,64 % [31,32 ; 42,31] 107 / 292 Fällen	37,92 % [35,3 ; 40,62] 482 / 1.271 Fällen	38,92 % [36,36 ; 41,55] 527 / 1.354 Fällen	
3a	Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 5 Punkte) Ziel: $\geq 21,00\%$ Auffälligkeit: $\leq 9,00\%$ Ø in Hessen: 18,76 %	18,76 % [15,54 ; 22,48] 91 / 485 Fällen	16,83 % [15,27 ; 18,52] 343 / 2.038 Fällen	16,18 % [14,69 ; 17,8] 347 / 2.144 Fällen	
3b	Deutliche Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 10 Punkte) Ziel: $\geq 7,80\%$ Auffälligkeit: $\leq 1,40\%$ Ø in Hessen: 9,07 %	9,07 % [6,83 ; 11,96] 44 / 485 Fällen	8,29 % [7,17 ; 9,57] 169 / 2.038 Fällen	8,16 % [7,08 ; 9,4] 175 / 2.144 Fällen	
4	Dekanülierung Ziel: $\geq 70,80\%$ Auffälligkeit: $\leq 35,40\%$ Ø in Hessen: 61,36 %	61,36 % [50,92 ; 70,86] 54 / 88 Fällen	64,39 % [59,56 ; 68,95] 255 / 396 Fällen	68,45 % [63,81 ; 72,75] 282 / 412 Fällen	
5	Sterblichkeit Ziel: $\leq 2,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 12,60\%$ Hessen: 42,48 % 5,94 %	5,94 % [4,28 ; 8,19] 34 / 572 Fällen	6,75 % [5,82 ; 7,82] 163 / 2.414 Fällen	6,10 % [5,24 ; 7,1] 155 / 2.540 Fällen	
5a	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patient*innen und Patient*innen ohne Tracheostoma Ziel: $\leq 1,90\%$ Auffälligkeit: $\geq 7,60\%$ Ø in Hessen: 4,39 %	4,39 % [2,83 ; 6,75] 19 / 433 Fällen	4,30 % [3,45 ; 5,35] 76 / 1.766 Fällen	4,73 % [3,86 ; 5,79] 88 / 1.860 Fällen	
5b	Sterblichkeit bei beatmeten Patient*innen mit Tracheostoma Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 18,60\%$ Ø in Hessen: 10,79 %	10,79 % [6,65 ; 17,04] 15 / 139 Fällen	13,43 % [11,02 ; 16,27] 87 / 648 Fällen	9,85 % [7,83 ; 12,32] 67 / 680 Fällen	
5c	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patient*innen ohne Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung) Ziel: $\leq 1,30\%$ Auffälligkeit: $\geq 4,10\%$ Ø in Hessen: 2,48 %	2,48 % [1,35 ; 4,51] 10 / 403 Fällen	2,12 % [1,53 ; 2,93] 35 / 1.654 Fällen	2,17 % [1,58 ; 2,98] 37 / 1.706 Fällen	
5d	Sterblichkeit bei beatmeten Patient*innen mit Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung) Ziel: $\leq 7,70\%$ Auffälligkeit: $\geq 15,30\%$ Ø in Hessen: 7,06 %	7,06 % [3,28 ; 14,56] 6 / 85 Fällen	11,84 % [8,97 ; 15,48] 45 / 380 Fällen	6,55 % [4,51 ; 9,42] 26 / 397 Fällen	
6	Transurethraler oder Suprapubischer Katheter bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\geq 33,50\%$ Auffälligkeit: $\leq 10,80\%$ Ø in Hessen: 35,01 %	35,01 % [30,78 ; 39,49] 160 / 457 Fällen	28,16 % [26,22 ; 30,2] 552 / 1.960 Fällen	25,49 % [23,65 ; 27,42] 522 / 2.048 Fällen	
7	Nasogastrale Sonde (NGS) oder PEG/PEJ bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\geq 50,20\%$ Auffälligkeit: $\leq 27,30\%$ Ø in Hessen: 43,72 %	43,72 % [36,73 ; 50,96] 80 / 183 Fällen	40,71 % [37,34 ; 44,17] 322 / 791 Fällen	38,67 % [35,36 ; 42,1] 309 / 799 Fällen	
8	PEG/PEJ-Sonde bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\geq 14,60\%$ Auffälligkeit: $\leq 3,00\%$ Ø in Hessen: 17,72 %	17,72 % [10,86 ; 27,58] 14 / 79 Fällen	13,08 % [10,16 ; 16,67] 54 / 413 Fällen	9,60 % [7,28 ; 12,57] 46 / 479 Fällen	
9	Entwöhnung von Beatmung bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\geq 98,10\%$ Auffälligkeit: $\leq 94,70\%$ Ø in Hessen: 95,16 %	95,16 % [86,71 ; 98,34] 59 / 62 Fällen	96,43 % [93,55 ; 98,05] 270 / 280 Fällen	98,38 % [96,27 ; 99,31] 304 / 309 Fällen	
10	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\leq 0,10\%$ Auffälligkeit: $\geq 5,10\%$ Ø in Hessen: 2,62 %	2,62 % [1,54 ; 4,43] 13 / 496 Fällen	2,20 % [1,65 ; 2,92] 46 / 2.089 Fällen	1,70 % [1,24 ; 2,32] 38 / 2.238 Fällen	
10a	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei nicht beatmeten Patient*innen ohne Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\leq 0,00\%$ Auffälligkeit: $\geq 3,20\%$ Ø in Hessen: 1,79 %	1,79 % [0,87 ; 3,64] 7 / 392 Fällen	1,50 % [1,01 ; 2,22] 24 / 1.603 Fällen	1,23 % [0,8 ; 1,87] 21 / 1.710 Fällen	
10b	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei beatmeten Patient*innen mit Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung Ziel: $\leq 3,40\%$ Auffälligkeit: $\geq 7,10\%$ Ø in Hessen: 5,77 %	5,77 % [2,67 ; 12,02] 6 / 104 Fällen	4,53 % [3,01 ; 6,76] 22 / 486 Fällen	3,22 % [2,05 ; 4,78] 17 / 528 Fällen	

Abb. 2.2.2.5 Phase B Hessen Erfassungsjahr 2022



3. Verfahren nach DEQS-RL

Verfahren und Abläufe

Seit dem 01.01.2021 ist die „Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern“ (QSKH-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses außer Kraft. Damit sind alle bundesweit festgelegten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, die den vertragsärztlichen Bereich sowie die zugelassenen Krankenhäuser betreffen, in der „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) geregelt.

In der DeQS-RL sind eine klare Aufgabenverteilung und auch definierte Regelungen zu den Datenarten und -flüssen verankert. In Abbildung 3.1 wird versucht, die Regelungen für die landesbezogenen Verfahren der DeQS-RL anhand eines schematischen Diagrammes abzubilden.

Grundlage aller QS-Maßnahmen sind letztendlich Versorgungsdaten der Leistungserbringer. Diese können sowohl direkt von ihnen erfasst werden (Qualitätssicherungsdaten), als Abrechnungsdaten an die Krankenkassen entstehen (sogenannte Sozialdaten) oder sich indirekt im Rahmen von Patientenbefragungen generieren. Diese Daten bilden die Grundlage für die entsprechenden Qualitätsindikatoren, mit denen ggf. Qualitätsdefizite bei den jeweiligen Leistungserbringer*innen festgestellt werden können.

Tabelle 3.1 zeigt die aktuellen Verfahren (Stand 2023) der DeQS-RL mit den entsprechenden Datengrundlagen sowie ob eine Veröffentlichung der Ergebnisse und Bewertungen im strukturierten Qualitätsbericht vorgesehen ist. Auf die einzelnen Verfahren (exkl. der Verfahren 5 und 6) wird in den folgenden Kapiteln noch detaillierter eingegangen.

Für die Verarbeitung und Interpretation der Daten sind laut DeQS-RL folgende Beteiligte definiert (Abb. 3.1):

Die Datenannahmestellen (DAS) nehmen die QS-Daten der Leistungserbringer an, prüfen diese auf Plausibilität und leiten sie dann Leistungserbringer-pseudonymisiert an die Bundesauswertungsstelle weiter. Für die Krankenhäuser und Vertragsärzte sind grundsätzlich getrennte Stellen vorgesehen. Weiterhin ist

die DAS auch verantwortlich für die Übermittlung der Rückmeldeberichte (Ergebnisse) an die Leistungserbringer.

Die Bundesauswertungsstelle (IQTIG) ist die Einrichtung, welche alle vorliegenden Daten (QS-Daten, administrative Daten und Daten aus Patientenbefragungen) verarbeitet sowie die hierfür definierten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen berechnet.

Die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) sind letztendlich dafür verantwortlich, sich, vereinfacht ausgedrückt, mit den Ergebnissen zu beschäftigen. Sie umfassen je Bundesland eine unabhängige Geschäftsstelle, ein Lenkungsgremium und die Landesfachkommissionen und sind für die Umsetzung notwendiger Qualitätssicherungsmaßnahmen verantwortlich.

Eine Landesauswertungsstelle kann eingerichtet werden, um die LAGen bei ihren Aufgaben zu unterstützen. Ihr Zugang zu den Daten wird über eine vom IQTIG bereitgestellte mandantenfähige Datenbank gewährleistet.

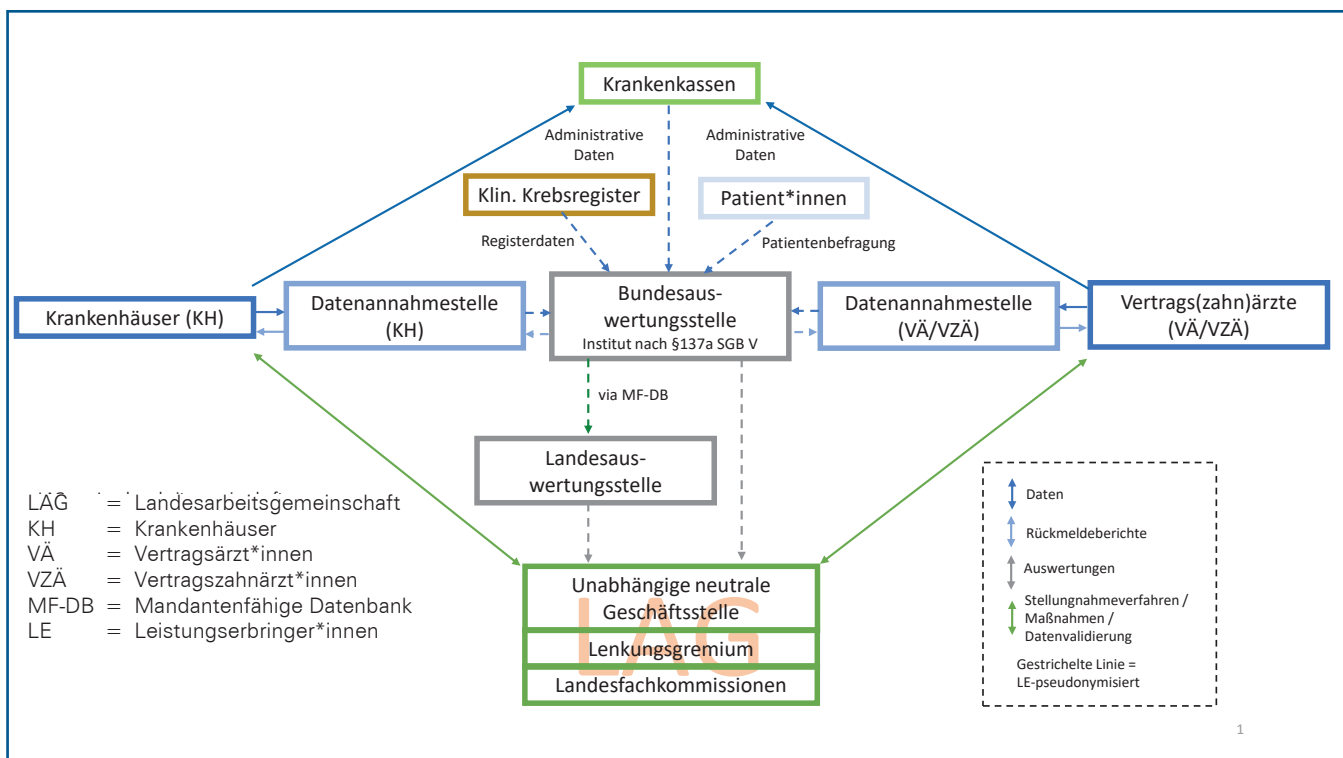


Abb. 3.1 Beteiligte und Prozesse im Rahmen der DeQS-Richtlinie

Nr.	Kurzform	Name des Verfahrens	QS	EB	SOD	PB	QB
1	QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	X		X	X	X
2	QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen	(X)*	X	X		
3	QS CHE	Cholezystektomie	(X)*		X		
4	QS NET	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen	X		X		
5	QS TX	Transplantationsmedizin (Leber/Niere/Herz)	X				X
6	QS HCH	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen	X				X
7	QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	X				X
8	QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	X				X
9	QS MC	Mammachirurgie	X				X
10	QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	X				X
11	QS DEK	Dekubitusprophylaxe	X				X
12	QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	X				X
13	QS PM	Perinatalmedizin (Geburtshilfe und Neonatologie)	X				X
14	QS HGV	Hüftgelenksversorgung (elektive HEP und Femurfrakturen)	X				X
15	QS KEP	Knieendoprothesenversorgung	X				X

QS = QS-Daten (* nur zur Fallselektion bzw. Risikoadjustierung)
 EB = Einrichtungsbefragung
 SOD = Sozialdaten
 PB = Patientenbefragung
 QB = Strukturierter Qualitätsbericht

Tab. 3.1 Verfahren der DeQS-Richtlinie, Datengrundlage und Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht (Stand 2023)

Stellungnahmeverfahren

Die Abbildung 3.2 illustriert, wie in Hessen das Stellungnahmeverfahren (SNV) gemäß §17 Abs. 2 DeQS-RL durchgeführt wird. Verantwortlich für die Umsetzung ist die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). Sobald der Geschäftsstelle der LAG die (leistungserbringerbezogenen aber pseudonymisierten) Ergebnisse seitens des IQTIG vorliegen, können diese in den jeweiligen Fachkommissionen gesichtet und beurteilt werden.

Auf Grundlage der berechneten Qualitätsindikatoren geben die Fachkommissionen eine Empfehlung, bei welchen rechnerisch auffälligen Ergebnissen ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden soll. Nach Beschluss durch das Lenkungs-gremium der LAG werden mit Unterstützung der Datenannahmestellen die entsprechenden Leistungserbringer kontaktiert und um eine Stellungnahme gebeten.

Die eingegangenen Stellungnahmen werden von den hierfür zuständigen Fachkommissionen ohne Kenntnis des jeweiligen Leistungserbringers besprochen und bewertet. Die Bewertung zielt primär darauf ab, ob bei den jeweils rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren auch tatsächlich Hinweise auf Qualitätsprobleme beim Leistungserbringer vorliegen und hier auch ggf. weiterführende QS-Maßnahmen angezeigt sind (s. Abb. 3.3).

Das Lenkungs-gremium beschließt letztendlich den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. Im Nachgang erhalten die betroffenen Leistungserbringer*innen eine Rückmeldung zu dem Beschluss, ggf. mit weiterführenden Informationen, Zielvereinbarungen oder empfohlenen Maßnahmen.

Ablaufschema Stellungnahmeverfahren

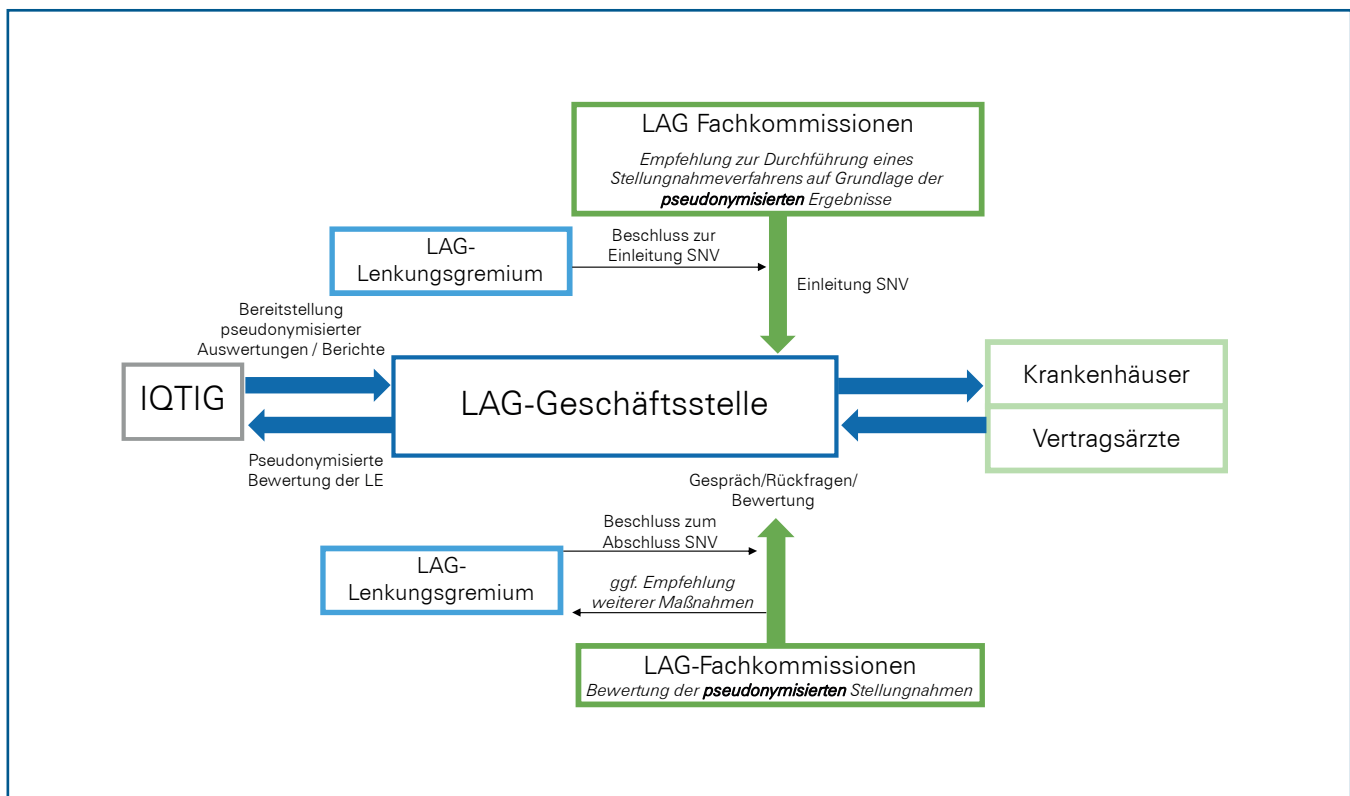


Abb. 3.2 Durchführung des Stellungnahmeverfahrens nach DEQS-Richtlinie

Entanonymisierung

Die Abbildung 3.3 (Ablaufschema Entanonymisierung) zeigt ergänzend auf, was diese vom Lenkungsgremium beschlossenen Maßnahmen konkret beinhalten können. Generell unterscheidet die DeQS-RL zwischen sogenannten „Maßnahmen Stufe 1“ und „Maßnahmen Stufe 2“. Wird im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens durch die zuständige Fachkommission ein zugrunde liegendes Qualitätsproblem ermittelt, kann das Lenkungsgremium auf Empfehlung der Fachkommission zunächst eine Verbesserungsmaßnahme aus den Maßnahmen der Stufe 1 beschließen. Die in der Abbildung dazu dargestellte Auflistung ist hierbei nicht abschließend. Die Fachkommissionen können dem Lenkungsgremium auch individuelle, auf den betreffenden Qualitätsmangel zugeschnittene andere Maßnahmen zur Umsetzung empfehlen. Sind die mit den Leistungserbringer*innen vereinbarten Maßnahmen der Stufe 1 erfolgreich, ist das Verfahren an dieser Stelle abgeschlossen.

Sind die betroffenen Kliniken und/oder Praxen jedoch nicht in der Lage, mit Hilfe der beschlossenen Maßnahmen der Stufe 1 den Qualitätsmangel zu beheben, kann die Fachkommission als nächste Eskalationsstufe Maßnahmen der Stufe 2 empfehlen. Erfolgt der formale Beschluss zu dieser Empfehlung durch das Lenkungsgremium, beinhaltet dies darüber hinaus eine Entanonymisierung des betreffenden Leistungserbringers gegenüber den zuständigen Vertreter*innen des Lenkungsgremiums und ggf. auch des HMFG. Die Einzelfallentscheidung obliegt hierbei dem Lenkungsgremium selbst nach Prüfung und Bewertung des konkreten Sachverhaltes. Inhaltlich können diese Maßnahmen - anders als bei denjenigen der Stufe 1 - auch monetäre Einbußen in Form von Vergütungsabschlägen bis hin zum Entzug der Abrechnungsmöglichkeit beinhalten.

Ablaufschema Entanonymisierung

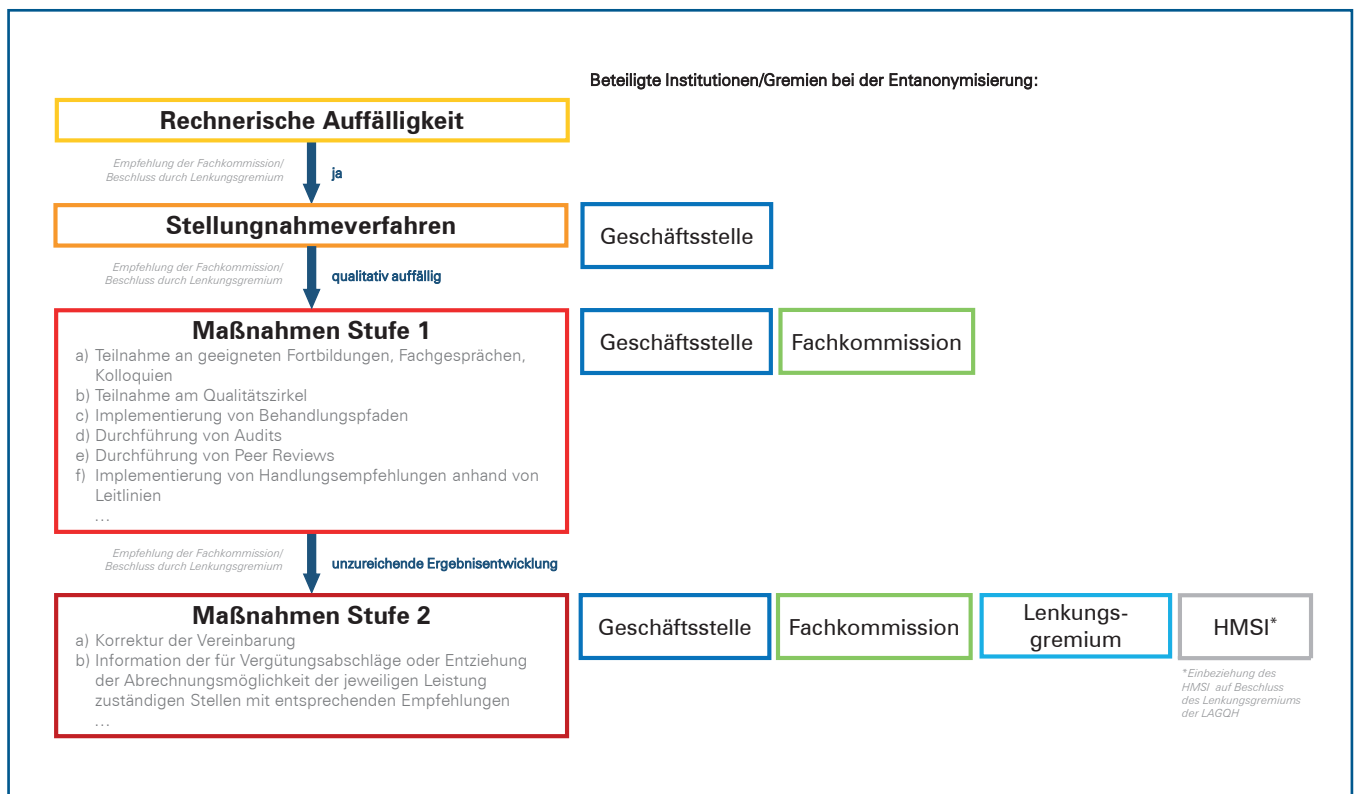


Abb. 3.3 Beteiligte und Prozesse nach DeQS-Richtlinie

DeQS – Verfahren - Bericht zum SNV 2023 (EJ2022)

Verfahren	Beschreibung	Kennzahl	Anzahl Ergebnis	Rech. Auffälligkeit	Anzahl SNV	Bewertungen im Rahmen der SNV				MS 1
						Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	QI	1.737	49	42	13	19	8	2	7
		AK	557	26	26	25	1	-	-	-
QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen	QI	409	21	21	9	6	6	-	-
		AK	-	-	-	-	-	-	-	-
QS CHE	Cholezystektomie	QI	570	23	23	5	16	2	-	-
		AK	248	0	-	-	-	-	-	-
QS NET-DIAL	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation - Dialyse	QI	585	109	5	-	5	-	-	-
		AK	-	-	-	-	-	-	-	-
QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	QI	336	15	15	4	10	-	1	1
		AK	222	5	5	4	1	-	-	-
QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	QI	552	73	44	33	8	3	-	18
		AK	564	8	8	5	3	-	-	-
QS MC	Mammachirurgie	QI	676	47	17	7	10	-	-	3
		AK	419	7	7	7	-	-	-	-
QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	QI	490	49	28	6	22	-	-	-
		AK	353	8	8	3	5	-	-	-
QS DEK	Dekubitusprophylaxe	QI	314	41	36	16	6	14	-	9
		AK	990	9	6	6	-	-	-	-
QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	QI	1.659	105	51	15	32	2	2	11
		AK	1.567	20	20	19	1	-	-	-
QS PM	Perinatalmedizin	QI	544	47	41	21	20	-	-	13
		AK	433	12	12	7	5	-	-	-
QS HGV	Hüftgelenkversorgung	QI	1.431	88	75	28	39	7	1	7
		AK	1.452	28	23	14	4	-	5	-
QS KEP	Knieendoprothesenversorgung	QI	791	37	31	8	21	1	1	1
		AK	860	7	7	3	4	-	-	-
SUMME der Qualitätsindikatoren (QI)			10.094	704	429	165	214	43	7	70
SUMME der Auffälligkeitskriterien (AK)			7.665	130	122	93	24	-	5	-

Tab. 3.2 Übersicht Bewertungen nach Bewertungsschema des G-BA (2023)

Bewertungen und Maßnahmen der Stufe 1

Die Tabellen 3.2 (Übersicht Bewertungen) und 3.3 (Übersicht Maßnahmen) zeigen für das zuvor dargestellte Verfahren die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens des Jahres 2023 in Hessen.

In Abbildung 3.2 werden im ersten Schritt zu allen 13 in Hessen umgesetzten Verfahren der DeQS-RL die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren 2023 schematisch aufbereitet. Die Darstellung zeigt die Gesamtzahl der Ergebnisse pro Qualitätsindikator bzw.

Auffälligkeitskriterium und darauf basierend die Anzahl der hiervon rechnerisch auffälligen Ergebnisse. Die folgenden Spalten beziehen sich auf die Anzahl der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren in den jeweiligen Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien sowie die Bewertung dieser durch die jeweilige Fachkommission in die Kategorien „qualitativ auffällig“, „qualitativ unauffällig“ oder zu Grunde liegender „Dokumentationsfehler“ auf Grundlage des Bewertungsschemas der G-BA (siehe auch S. 141).

DeQS – Verfahren - Bericht zu den Maßnahmen der Stufe 1 (EJ 2022)

Verfahren	Beschreibung	Anzahl SNV	Anzahl Maßnahmen	Maßnahmen der Stufe 1 im Rahmen der SNV			
				Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Implementierung von Behandlungspfaden	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	Sonstiges
QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	42	7	1	5	-	1
QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen	21	-	-	-	-	-
QS CHE	Cholezystektomie	23	-	-	-	-	-
QS NET-DIAL	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschl. Pankreastransplantation - Dialyse	5	-	-	-	-	-
QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	15	1	1	-	-	-
QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	44	18	-	11	-	7
QS MC	Mammachirurgie	17	3	-	2	-	1
QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	28	-	-	-	-	-
QS DEK	Dekubitusprophylaxe	36	9	9	-	-	-
QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	51	11	5	6	-	-
QS PM	Perinatalmedizin	41	13	-	9	-	4
QS HGV	Hüftgelenkversorgung	75	7	5	6	5	1
QS KEP	Knieendoprothesenversorgung	31	1	-	-	1	1
Summe der Maßnahmen		429	70	21	39	6	15

Tab. 3.3 Übersicht Maßnahmen der Stufe 1 gemäß DeQS-Richtlinie in den QS-Verfahren (2023) EJ 2022

Die Tabelle 3.3 stellt diejenigen als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse dar, bei denen durch das Lenkungsgremium in der beschriebenen Form qualitätsverbessernde Maßnahmen der Stufe 1 beschlossen wurden sowie deren inhaltliche Ausgestaltung. Maßnahmen der Stufe 2 wurden im Stimmnahmeverfahren des Jahres 2023 nicht eingeleitet.

Detaillierte inhaltliche Darstellungen zu den einzelnen Qualitätsergebnissen werden in den entsprechenden Verfahrenskapiteln näher beschrieben.



Verfahren	Nummer	Verfahren/Bezeichnung	Details auf Seite
	Verfahren 1	QS PCI Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	48
	Verfahren 2	QS WI Postoperative Wundinfektionen	53
	Verfahren 3	QS CHE Cholezystektomie	56
	Verfahren 4	QS NET - NET-DIAL Nierenersatztherapie - Dialyse	60
	Verfahren 7	QS KAROTIS Karotis-Revaskularisation	65
	Verfahren 8	QS CAP Ambulant erworbene Pneumonie	69
	Verfahren 9	QS MC Mammachirurgie	74
	Verfahren 10	QS GYN-OP Gynäkologische Operationen	79
	Verfahren 11	QS DEK Dekubitusprophylaxe	84
	Verfahren 12	QS HSMDEF-HSM Herzschrittmacher	91
	Verfahren 12	QS HSMDEF-DEF Implantierbare Defibrillatoren	96
	Verfahren 13	QS PM-GEBH Geburtshilfe	101
	Verfahren 13	QS PM-NEO Neonatologie	105
	Verfahren 14	QS HGV-OSFRAK Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	110
	Verfahren 14	QS HGV-HEP Hüftendoprothesenversorgung	113
	Verfahren 15	QS KEP Knieendoprothesenversorgung	117

3.1 QS PCI

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. L. Born	Herz- und Gefäßzentrum Marburg	Vertragsärzt*innen
Herr Dr. T. Cherdron	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Prof. Dr. S. Fichtlscherer	Universitätsklinikum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr Dr. C. Sellin	Klinikum Fulda	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. T. Voigtländer	Cardioangiologisches Centrum Bethanien Frankfurt a. M.	Vertragsärzt*innen
Herr Prof. Dr. G. Werner	Klinikum Darmstadt	Krankenhäuser

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
11	22.06.2023
12	09.10.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. F. Woernle	Frau V. Weck

Einleitung

Das Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) ist das älteste Verfahren im Rahmen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Es wurde 2018 im Rahmen der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) eingeführt und bereits 2019 in die DeQS-RL überführt.

Bestandteil des Verfahrens sind alle ambulant oder stationär durchgeführten perkutanen Koronarinterventionen und Koronarangiographien bei Patient*innen ab 18 Jahren. In 2022 wurden knapp 35.600 Eingriffe (Fall-Range: 1 - 2.151) in 63 hessischen Krankenhäusern abgerechnet (Abbildung 3.1.1). Im ambulanten Sektor waren es rund 15.000 Fälle.

Fallzahlverteilung 2022 (nur Krankenhäuser)

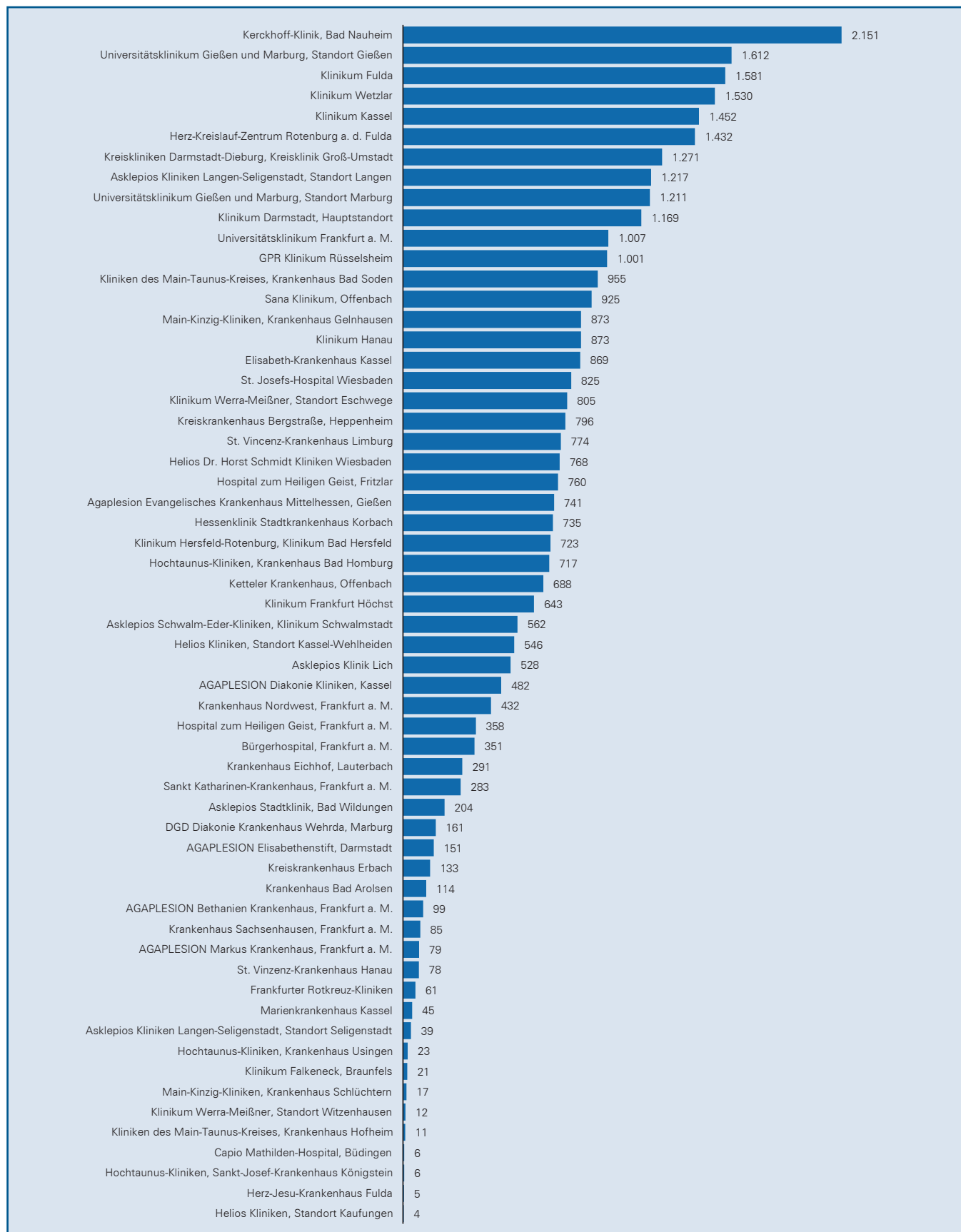


Abb. 3.1.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
Erfassungsjahr 2021					
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	≤ 0,58 %	0,48 % 3.559 / 736.315	0,52 % 262 / 50.754	0,53 % 269 / 51.001
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	≤ 1,1 O / E / N	1,07 7.019 / 6.570 / 423.418 1,66 %	1,01 446 / 441 / 29.312 1,52 %	0,98 450 / 460 / 29.592 1,52 %
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	≤ 1,09 O / E / N	0,96 9.791 / 10.246 / 251.252 3,9 %	1,03 707 / 687 / 17.387 4,07 %	1,02 694 / 683 / 17.240 4,03 %
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	≤ 1,28 O / E / N	1,16 6.267 / 5.417 / 44.378 14,12 %	1,09 387 / 355 / 3.010 12,86 %	1,11 410 / 370 / 3.117 13,15 %
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	≤ 1,07 O / E / N	1,06 4.508 / 4.247 / 234.577 1,92 %	1 274 / 274 / 16.363 1,67 %	1,05 295 / 280 / 16.464 1,79 %
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	≤ O / E / N	1,03 14.026 / 13.643 / 230.058 6,1 %	1,06 929 / 877 / 16.088 5,77 %	1,01 890 / 878 / 16.167 5,51 %
Erfassungsjahr 2022					
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	≥ 40,97 %	64,25 % 138.371 / 215.360	60,96 % 8.832 / 14.489	62,08 % 9.261 / 14.918
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	≤ 41,48 %	27,91 % 52.114 / 186.721	29,91 % 3.813 / 12.748	31,62 % 4.027 / 12.737
56003	""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 67,57 %	76,37 % 25.257 / 33.072	79,98 % 1.806 / 2.258	80,09 % 1.882 / 2.350
56004	""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""-Zeitpunkt unbekannt	≤ 5,98 %	2,71 % 920 / 33.992	1,87 % 43 / 2.301	2,33 % 56 / 2.406
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	≤ 1,65 O / E / N	0,89 47.691 / 53.487 / 450.740 10,58 %	0,57 2.127 / 3.724 / 31.201 6,82 %	0,66 2.493 / 3.791 / 31.444 7,93 %
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	≤ 1,14 O / E / N	0,94 4.637 / 4.916 / 23.556 19,69 %	0,64 224 / 352 / 1.695 13,22 %	0,86 334 / 388 / 1.844 18,11 %
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	≤ 1,5 O / E / N	0,9 42.495 / 47.346 / 271.201 15,67 %	0,69 2.164 / 3.153 / 18.187 11,9 %	0,79 2.659 / 3.377 / 19.063 13,95 %
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	≤ 0,15 %	0,21 % 1.567 / 747.108	0,13 % 69 / 51.154	0,19 % 102 / 52.453
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	≤ 6,86 %	4,41 % 19.935 / 451.679	3,61 % 1.128 / 31.239	4,26 % 1.342 / 31.510
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	≤ 21,93 %	17,16 % 4.051 / 23.605	14,21 % 241 / 1.696	15,83 % 292 / 1.845
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	≤ 16,84 %	9,88 % 26.863 / 271.824	9,19 % 1.675 / 18.219	10,88 % 2.077 / 19.098
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	≥ 93,65 %	94,29 % 36.700 / 38.923	94,89 % 2.524 / 2.660	93,19 % 2.533 / 2.718
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	≥ 93,95 %	95,31 % 244.476 / 256.506	95,25 % 16.436 / 17.255	94,96 % 17.307 / 18.225

Tab. 3.1.1 Erfassungsjahr 2021/2022, Hessen/Bund

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.1.1 zeigt die Ergebnisse der QS- und Sozialdaten-basierten Qualitätsindikatoren sowohl im Vergleich zum Vorjahr als auch zum Bundesergebnis.

Fast alle Indikatoren haben sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert. Bei zwei der insgesamt 19 Indikatoren zeigt sich in Hessen ein signifikant besseres Ergebnis als im Bundesdurchschnitt. Beim Prozess-Indikator zur Frage der Indikationsstellung (ID 56001: „Es soll sich bei möglichst wenigen Koronarangiographien kein pathologischer Befund zeigen“) und dem Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (ID 56000) allerdings ergeben sich im Vergleich zum Bundesergebnis signifikant schlechtere Ergebnisse.

Erfreulich ist das Ergebnis zur Door-to-balloon-Zeit (ID 56003), welches sich nicht nur gegenüber dem Vorjahr, sondern auch im Vergleich zum Bundesergebnis verbessert hat. So wurde in Hessen bei ca. 80 % aller

Patient*innen mit einem Herzinfarkt (ST-Hebungsinfarkt) innerhalb einer Stunde nach Aufnahme der Dilatationskatheter im betroffenen Koronarverschluss aufgeblasen. Auch bei dem Indikator „Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt“ (ID 56004) ist das Ergebnis in Hessen signifikant besser als im Bundesdurchschnitt.

Die Referenzbereiche werden vom IQTIG vorgegeben und entsprechen in der Regel der bundesweiten 95. bzw. 5. Perzentile.

Bei den meist risikoadjustierten Follow-up-Indikatoren, die aus Sozialdaten berechnet werden (ID 50012 und 56018 bis 56026), werden Eingriffe betrachtet, die bereits im Vorjahr, also 2020 durchgeführt wurden. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen erst mit zeitlichem Verzug zur Verfügung stehen.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
56000*	87	6	6	1	2	3	-	1
56001*	88	1	1	1	-	-	-	-
56003*	88	1	1	1	-	-	-	-
56004*	88	-	-	-	-	-	-	-
56005*	88	-	-	-	-	-	-	-
56006*	88	-	-	-	-	-	-	-
56007*	88	-	-	-	-	-	-	-
56008*	88	9	7	-	3	3	1	-
56009*	88	3	2	2	-	-	-	2
56010*	88	1	1	1	-	-	-	1
56011*	88	1	1	1	-	-	-	1
56012	95	5	5	3	2	-	-	1
56014*	88	4	4	2	2	-	-	-
56016*	88	6	4	1	2	1	-	1
56018	95	5	4	-	3	-	1	-
56020	95	4	3	-	3	-	-	-
56022	95	2	2	-	1	1	-	-
56024	95	1	1	-	1	-	-	-
56026	16	-	-	-	-	-	-	-
Summe		49	42	13	19	8	2	7

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.1.2 sind die Ergebnisse der SNV des Jahres 2023 dargestellt. Im Erfassungsjahr 2022 wurden 49 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Bei insgesamt 42 wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Von diesen wurden 13 als qualitativ auffällig und 19 als qualitativ unauffällig bewertet. Bei acht Auffälligkeiten waren Dokumentationsfehler die Ursache.

Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein SNV eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten oder Arztpraxen anzufordern waren.

Auffälligkeitskriterien

Die Ergebnisse und Bewertungen der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in den Tabellen 3.1.3 und 3.1.4 dargestellt. Diese Überprüfung betrachtet nicht die medizinische Versorgungsqualität, sondern die Dokumentationsqualität und wurde im Verfahren QS-PCI zum Erfassungsjahr 2021 erstmalig durchgeführt.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
852104	Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie	≤ 4,17 %	1,48 % 10.683 / 723.503	0,97 % 481 / 49.458
852105	Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“	≤ 2,01 %	0,58 % 4.172 / 714.555	0,23 % 113 / 49.380
852106	Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“	≤ 2,73 %	0,69 % 4.530 / 652.524	0,62 % 282 / 45.374
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,91 % 714.881 / 708.421	99,5 % 49.422 / 49.668
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,91 % 714.881 / 708.421	99,5 % 49.422 / 49.668
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,05 % 326 / 708.421	0,08 % 42 / 49.668

Tab. 3.1.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
852104	88	3	3	3	-	-
852105	88	1	1	1	-	-
852106	88	4	4	4	-	-
852201	97	12	12	11	1	-
852208	98	6	6	6	-	-
852209	98	-	-	-	-	-
Summe		26	26	25	1	-

Tab. 3.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.2 QS WI

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. S. Classen	Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim	Krankenhäuser
Herr Dr. J. Harbering	BG Unfallklinik, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau U. Häuser	LAG Hessen Selbsthilfe	Patient*innen
Herr J. Henniger	Gemeinschaftspraxis für Chirurgie und Orthopädie, Frankfurt a. M.	Vertragsärzt*innen
Vertreter des Medizinischen Dienstes	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Dr. M. Weidenfeld	Medicum Facharztzentrum, Wiesbaden	Vertragsärzt*innen
Herr Dr. N. Weykunat	Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Frankfurt a. M.	Vertragsärzt*innen
Frau J. Zahn	Bioscientia Healthcare, Zentrum für Hygiene und Infektionsprävention	Hygiene

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
9	04.07.2023
10	10.10.2022

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
Frau S. Puttins	Frau L. Schultheiß

Einleitung

Das Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“ befindet sich aufgrund des anhaltenden Überarbeitungsbedarfs weiterhin in Erprobung. Es werden nach wie vor zwei Säulen betrachtet.

Diese sind zum einen das Hygiene- und Infektionsmanagement einer Einrichtung/eines Leistungserbringers auf Basis der jährlichen einrichtungsbezogenen Erhebung, zum anderen die mutmaßlichen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen, die fallbezogen stationär dokumentiert werden. Durch die Verknüpfung mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen können Rückschlüsse darauf gezogen werden, in welcher Einrichtung der Indexeingriff durchgeführt wurde, der eine (stationär versorgte und dokumentierte) Wundinfektion zur Folge hatte.

Die fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF) war für das Jahr 2022 ausgesetzt, sodass keine Ergebnisse

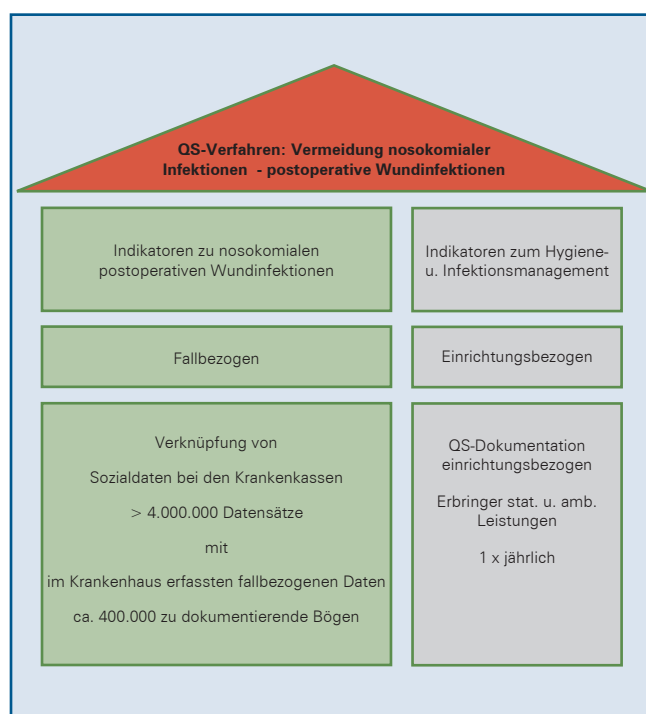


Abb. 3.2.1 Säulen des Verfahrens QS WI (Quelle IQTIG)

der im Krankenhaus dokumentierten mutmaßlich postoperativen Wundinfektionen dargestellt werden können. Die Ergebnisse der einrichtungsbezogenen Erhebung über die Erfassungsmodule NWIES/NWIEA zum Hygiene- und Infektionsmanagement einer Einrichtung werden nachfolgend dargestellt.

Antibiotikaphylaxe“ von gut 56 auf über 81 Punkte sind nicht vergleichbar, da es hier im Vorjahr einen Berechnungsfehler des IQTIG gab.

Jedoch zeigt sich auch hier z.B. in der Unterkennzahl „Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff“ eine Verbesserung von knapp 83 auf über 87 Punkte.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Das Hygiene- und Infektionsmanagement einer Einrichtung wird durch jeweils einen Qualitätsindikator für den ambulanten und stationären Sektor (ID 1000 und ID 2000) mit je 10 Unterkennzahlen ermittelt. Bei diesen ist jeweils ein Wert zwischen 0 und 100 Punkten erreichbar.

Beide Ergebnisse haben sich innerhalb eines Jahres verbessert.

Bei den einzelnen Unterkennzahlen haben sich die Ergebnisse im Vergleich mit den Daten des Vorjahres unterschiedlich entwickelt. Die Ergebnisse der Kennzahl „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen

	NWIES_ LKG	NWIES_ LKG Vorjahr	NWIEA_ LKG	NWIEA_ LKG Vorjahr
Kliniken	132	132	117	132
SOLL	86	82	52	48
IST	77	75	50	38
RATE	89,53 %	91,46 %	96,15 %	79,17 %

Tab. 3.2.1

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement - ambulante Einrichtungen	≥ 40,00/ 100 Punkte	73,07 (N=199)	69,89 (N=337)	73,79 (N=3.079)
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement - stationäre Einrichtungen	≥ 56,33/ 100 Punkte	73,83 (N=134)	73,29 (N=135)	74,78 (N=1.295)

Tab. 3.2.2 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

QI-ID 1000 - Hygiene- und Infektionsmanagement in ambulanten Einrichtungen

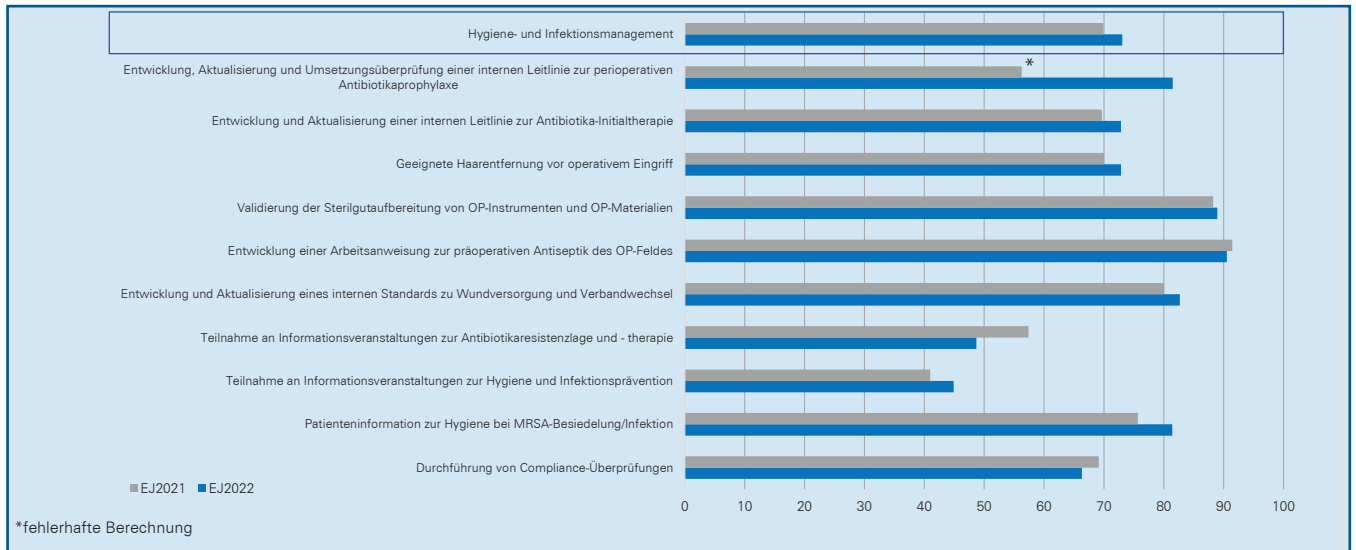


Abb. 3.2.2 Vergleich der Kennzahlen/Ergebnisse EJ 2021/2022

QI-ID 2000 - Hygiene- und Infektionsmanagement in stationären Einrichtungen

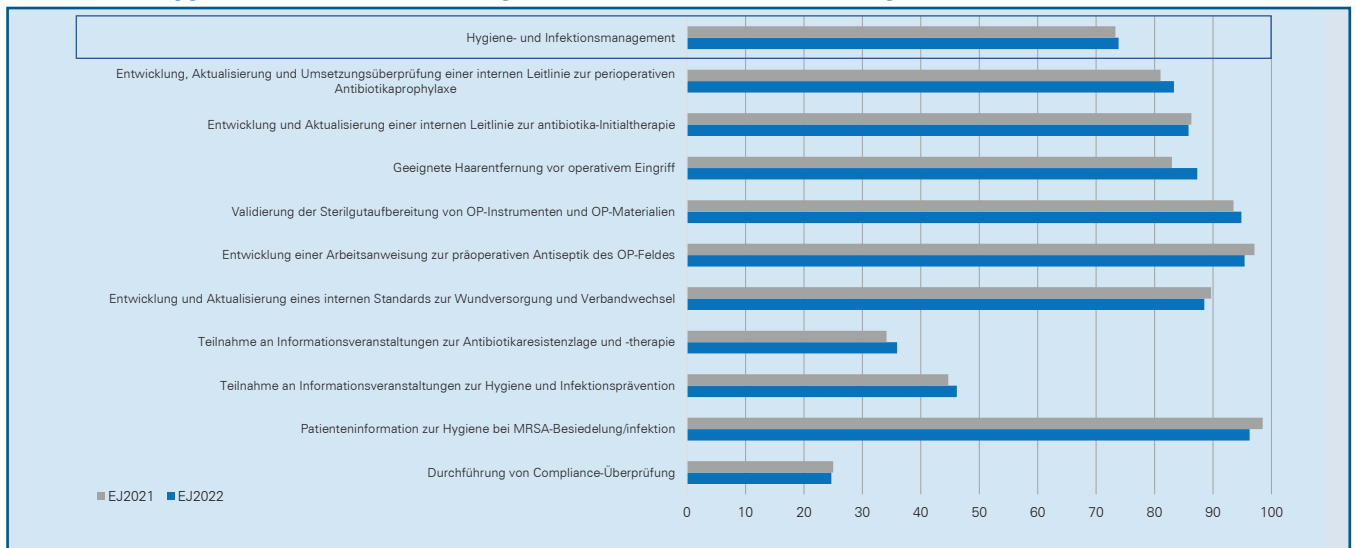


Abb. 3.2.3 Vergleich der Kennzahlen/Ergebnisse EJ2021/2022

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

	ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren			
					Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges
WI-HI-A	1000	247	11	11	6	1	4	-
WI-HI-S	2000	162	10	10	3	5	2	-
	Summe		21	21	9	6	6	-

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.9.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Stellungnahmeverfahren

Das Verfahren befindet sich zwar in Erprobung, jedoch wird ein reguläres Stellungnahmeverfahren durchgeführt, auch um das Instrument der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation weiter zu schärfen. Es wurden insgesamt 21 Stellungnahmen angefordert, davon elf für den QI 1000 (ambulante Eingriffe) und zehn für den QI 2000 (stationäre Eingriffe).

Die Bewertung der Stellungnahmen erfolgte in qualitativ auffällig, qualitativ unauffällig oder Dokumentationsfehler.

Im ambulanten Verfahrensanteil lag der Fokus in diesem Jahr auf der Unterkennzahl 33_22011 - Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien. Dort wurden zwei LE angefragt, die 0 Punkte erreicht haben.

Im Indikator 1000 (Hygiene- und Infektionsmanagement in ambulanten Einrichtungen) wurden vier Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Stellungnahme wurde als qualitativ unauffällig bewertet, da es keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität gab. Im QI 2000 (Hygiene- und Infektionsmanagement in stationären Einrichtungen) wurde zweimal eine fehlerhafte Dokumentation im Erhebungsbogen festgestellt und fünf Stellungnahmen als qualitativ unauffällig bewertet.

Die qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringer wurden ausnahmslos auf Grund von unbeantworteter Stellungnahme entsprechend eingestuft.

Ausblick

Das Verfahren QS WI ist seit seinem Start, 2017 in Erprobung und soll es bis 31.12.2026 bleiben. Doch schon Anfang 2023 wurde es nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens QS-WI im Rahmen der Erprobung grundsätzlich auf dessen Eignung geprüft. Dabei sind folgende Auftragsgegenstände zu klären, um dem G-BA entsprechende Empfehlungen zur Umsetzung abzugeben:

- a) Abgleich der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation mit anderen gesetzlich geregelten Dokumentationspflichten
- b) Prüfung der Eignung und ggfs. Überarbeitung der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement
- c) Prüfung und ggfs. Wiedereinführung der Kennzahl zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement
- d) Prüfung der Dokumentation der Belegärzte (separat oder zu jeweiligem Krankenhaus)
- e) Prüfung der Gewichtung der Einzel-/Unterkennzahlen bei den beiden QI
- f) Prüfung der Möglichkeit der Datenvalidierung der einrichtungsbezogenen Dokumentation
- g) Prüfung der Reduzierung der Auslösekriterien im QS-Filter der einrichtungsbezogenen Dokumentation und ggfs. gemeinsame Darstellung der Ergebnisse beider Erhebungsbögen
- h) Prüfung der Aufnahme weiterer multiresistenter Erreger
- i) Erarbeitung eines Konzeptes zur vergleichenden Betrachtung und Darstellung der Ergebnisse und der Sollstatistik nach Sektoren und mit geeigneter Abbildung
- j) Erstellung eines zusammengeführten Fragebogens, der die beiden derzeitigen Fragebögen (ambulante und stationäre) in ein gemeinsames Erfassungsmodul überführen soll

Der Zwischenbericht wurde dem G-BA fristgemäß am 31.07.2023 übermittelt. Der G-BA bedauert, die Empfehlungen des IQTIG als unvollständig bzw. aktuell nicht umsetzbar bewerten zu müssen. In der Konsequenz ist der in der Beauftragung festgelegte Zeitplan zur Umsetzung dieser Weiterentwicklung in der Spezifikation hinfällig und das Ziel, das Verfahren zum

Erfassungsjahr 2025 zu optimieren, kann voraussichtlich nicht mehr erreicht werden. Der G-BA erwartet, dass das IQTIG den Abschlussbericht vervollständigt, nachgeschärft und aktualisiert einreicht sowie prüft, ob eine optimierte Einrichtungsbefragung 2025 im Kalenderjahr 2026 angewendet werden kann. Außerdem soll der Abschlussbericht um die fehlenden oder unvollständigen Auftragsbestandteile ergänzt werden. Zudem sollen Empfehlungen bspw. zur Weiterentwicklung oder Abschaffung (Aufhebung) der Einrichtungsbefragung wissenschaftlich fundiert und anhand einer nachvollziehbaren Methodik abgeleitet werden.

3.3 QS CHE

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr PD Dr. A. Hellinger	Klinikum Fulda	Krankenhäuser
Herr PD Dr. Dr. J. J. Hörer	Hochtaunus-Kliniken, Bad Homburg	Krankenhäuser
Herr Dr. C. Kuntz	Kreiskrankenhaus Weilburg	Krankenhäuser
Herr Dr. J. Schott	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Dr. A. Strack	Praxisklinik Strack, Darmstadt	Vertragsärzt*innen
Vertreter des Medizinischen Dienstes	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen

Expert*in	Institution/Ort/Funktion
Herr PD Dr. P. Vogel	Bad Hersfeld
Herr Prof. Dr. habil. A. Zielke	Frankfurt a. M.

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	15.06.2023
6	11.10.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau L. Schultheiß

Einleitung

Das Verfahren QS Cholezystektomie ist das erste QS-Verfahren, in welchem alle Qualitätsindikatoren auf Basis von Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen berechnet werden. Da jedoch die Sozialdaten hinsichtlich der Informationen dem Zeitpunkt einer Diagnosestellung bzw. eines erfolgten Eingriffes limitiert sind, werden in den Krankenhäusern zu jedem Fall Informa-

tionen im Rahmen einer separaten QS-Dokumentation erfasst und mit den Sozialdaten verknüpft (Abb. 3.3.1). So wird beispielsweise bei codierter Sepsis (ICD A41) abgefragt, ob diese bereits vor der OP vorlag. Dies wird dann bei der Berechnung des entsprechenden Qualitätsindikators berücksichtigt.

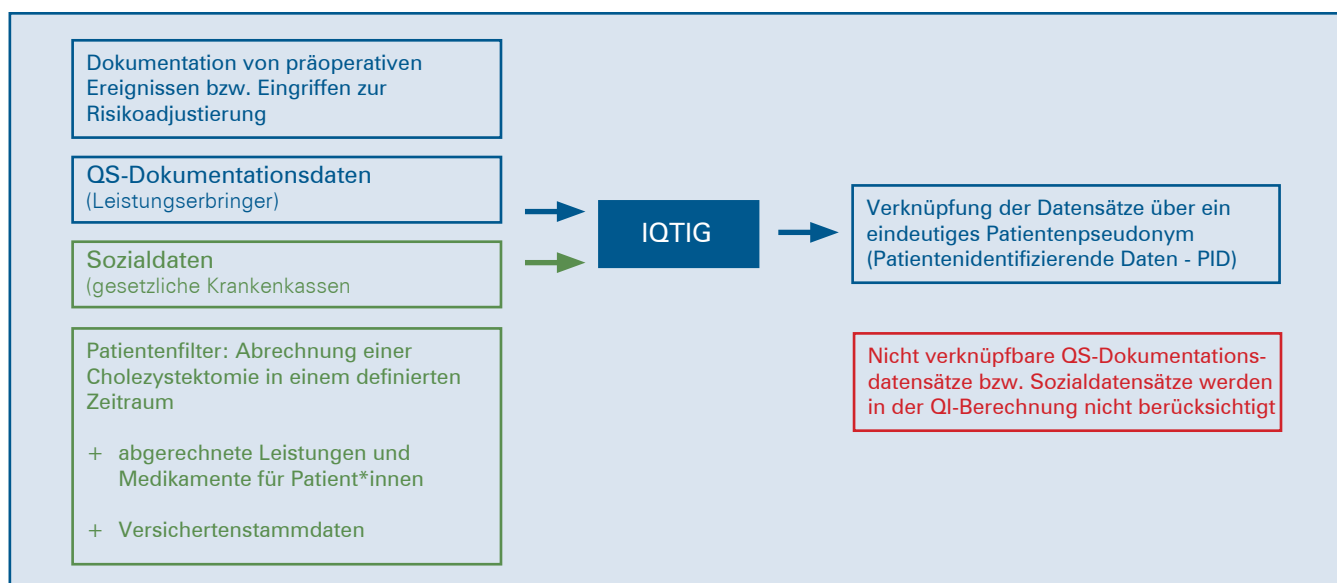


Abb. 3.3.1 Datengrundlage-/verknüpfung im Verfahren QS CHE

Fallzahlverteilung 2022 (SOLL)

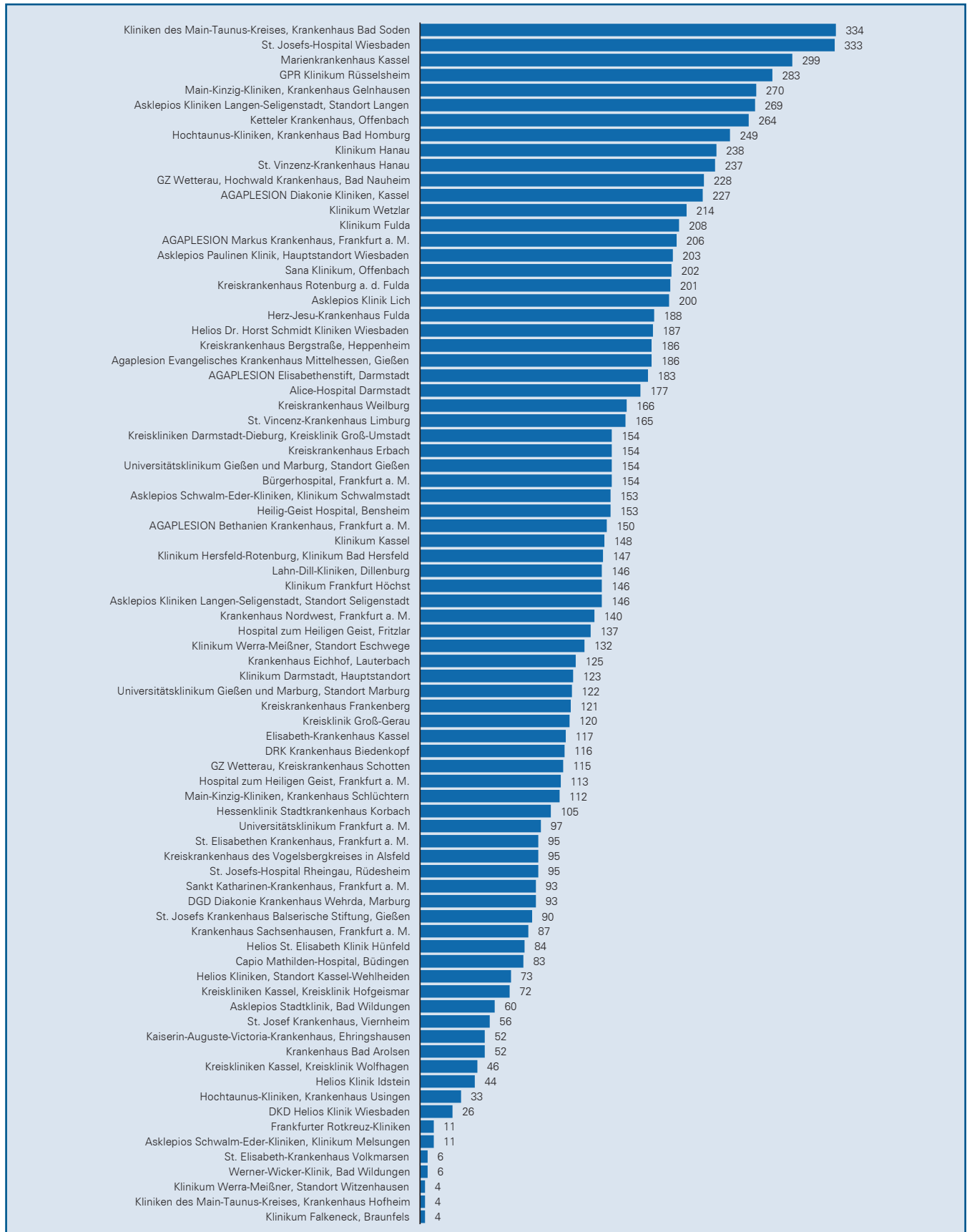


Abb. 3.3.2 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum: 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Fallzahl ≥ 4

Mittlerweile wurden für die Erfassungsjahre 2021 und 2022 zum dritten Mal die Ergebnisse zu dem Verfahren QS Cholezystektomie (QS CHE) ausgewertet und den Kliniken zur Verfügung gestellt. Berücksichtigt wurden hierbei für das Erfassungsjahr 2022 11.140 sowie für das Erfassungsjahr 2021 10.949 Gallenblasenentfernungen aus 74 hessischen Kliniken. Erfreulich ist die erneut vollzählige Erfassung der QS-Daten in den Krankenhäusern (Tab. 3.3.3) sowie die nahezu 100%ige Verknüpfungsrates der QS-Daten mit den Sozialdaten. Damit konnten auch nahezu alle Eingriffe für die Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Grundsätzlich werden für das Verfahren QS CHE ausschließlich Follow Up-Indikatoren auf Basis von Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen berechnet. Die

Follow up-Zeiträume betragen 30, 90 und 365 Tage und weisen codierte Komplikationen, Infektionen, Blutungen oder die Sterblichkeit aus. Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich bei den Follow up-Indikatoren innerhalb von 30 Tagen auf Gallenblasenentfernungen in 2022, innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen auf den entsprechenden Eingriff im Jahr 2021.

Erfreulicherweise liegen, bis auf einen Qualitätsindikator, alle hessischen Ergebnisse, zwar nicht signifikant, aber deutlich über dem Bundesdurchschnitt (Tab. 3.3.1). Im Vergleich zum Vorjahr gab es nur geringe Abweichungen, einzig die operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000) sowie die Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen (ID 58006) zeigen deutliche Unterschiede.

Stellungnahmeverfahren

Insgesamt 23 Stellungnahmeverfahren wurden auf Basis von sechs Qualitätsindikatoren durchgeführt. Im

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
Erfassungsjahr 2022					
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,2 O / E / N	0,95 1.194 / 1.262 / 149.314 0,8 %	0,71 63 / 89 / 11.095 0,57 %	0,9 81 / 90 / 10.909 0,74 %
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,59 O / E / N	0,88 1.673 / 1.907 / 149.314 1,12 %	0,81 109 / 134 / 11.095 0,98 %	0,82 111 / 136 / 10.909 1,02 %
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,21 O / E / N	0,95 3.563 / 3.757 / 149.314 2,39 %	0,87 219 / 251 / 11.095 1,97 %	0,81 213 / 263 / 10.909 1,95 %
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,6 O / E / N	0,98 1.624 / 1.664 / 149.314 1,09 %	0,81 91 / 112 / 11.095 0,82 %	0,9 106 / 117 / 10.909 0,97 %
Erfassungsjahr 2021					
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 2,2 O / E / N	1 7.036 / 7.030 / 149.171 4,72 %	0,91 443 / 484 / 10.913 4,06 %	0,93 444 / 478 / 10.641 4,17 %
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 2,54 O / E / N	1 2.912 / 2.918 / 149.171 1,95 %	0,91 183 / 202 / 10.913 1,68 %	0,92 184 / 199 / 10.641 1,73 %
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 2,22 O / E / N	1 3.394 / 3.383 / 149.171 2,28 %	1,02 230 / 225 / 10.913 2,11 %	0,84 186 / 222 / 10.641 1,75 %

Tab. 3.3.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
58000	81	0	-	-	-	-	-	-
58001	82	1	1	-	1	-	-	-
58002	81	3	3	1	2	-	-	-
58003	81	3	3	-	1	2	-	-
58004	81	4	4	1	3	-	-	-
58005	82	6	6	2	4	-	-	-
58006	82	6	6	1	5	-	-	-
Summe		23	23	5	16	2	-	-

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.3.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Gegensatz zum Vorjahr lagen den Experten die Diagnosen und Eingriffe vor, welche zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt haben. Unabhängig davon mussten für eine adäquate Bewertung des Ergebnisses bei einer Reihe von Krankenhäusern weitere Unterlagen wie z. B. Arztbriefe und OP-Berichte angefordert werden. Daraus ergaben sich letztendlich in fünf der 23 rechnerischen Auffälligkeiten (22 %) Hinweise auf Qualitätsdefizite in der Klinik. Bei zwei Kliniken mit Dokumentationsfehlern war der Hintergrund die fehlende Angabe von Blut-Transfusionen bereits vor OP im Rahmen der QS-Dokumentation. Zwei Einrichtungen wurde auf Grund der Ergebnisse und deren Bewertung ein Peer-Review angeboten.

Auffälligkeitskriterien

Die hohe Vollständigkeit in der Erfassung der QS-Daten für das Verfahren QS CHE spiegelt sich auch bei den Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien wider. So gab

es keine auffällige Klinik in Hessen bei dem AK zur Unterdokumentation. Auch bei den AKs zur Überdokumentation und zu den Minimaldatensätzen musste kein Krankenhaus im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens angeschrieben werden (Tab. 3.3.3).

Ausblick

Für das Berichtsjahr 2024 ist für die QIs zum Follow-up-Zeitraum 30 Tage eine deutlich umfangreichere Risikoadjustierung angekündigt. Diese hatte sich im Berichtsjahr 2023 nur auf wenige Faktoren beschränkt und somit die Vergleichbarkeit der Ergebnisse deutlich eingeschränkt und auch das Stellungnahmeverfahren erschwert.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,84 % 150.101 / 148.848	100,53 % 11.140 / 11.081
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,02 % 35 / 148.848	x %* ≤ 3* / 11.081
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,84 % 150.101 / 148.848	100,53 % 11.140 / 11.081

Tab. 3.3.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

* Datenschutz

3.4 QS NET-DIAL

Fachkommission (Stand: 31.12.2022)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. C. Betz	Universitätsklinikum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr Dr. Dipl. Ing. E. Köhler	Dialyse Volkmarsen	Vertragsärzt*innen
Herr PD Dr. A. Scheel (pausiert)	Dialyse- und Nierenzentrum Becker & Scheel, Heusenstamm	Vertragsärzt*innen
Frau Dr. I.-H. Shin	Wiesbaden	Vertragsärzt*innen
Herr Dr. G. Strack	KfH-Dialysezentrum, Bad König	Vertragsärzt*innen
Frau Dr. B. Vonderheid-Guth	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr S. Weber	Korbach	Vertragsärzt*innen
Herr Dr. S. Zinn	Alsfeld	Vertragsärzt*innen

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
3	12.07.2023
4	12.10.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau L. Schultheiß

Einleitung

Das Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)“ kann bezüglich der Verantwortlichkeiten in zwei Bereiche unterteilt werden.

Der Teilbereich Dialyse (NET-DIAL) obliegt als landesbezogenes Verfahren der Zuständigkeit der Landesarbeitsgemeinschaften (in Hessen LAGQH), der Teilbereich der Nierentransplantationen (NET-NTX) und der Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen (NET-PNTX) ist auf der Bundesebene angesiedelt und wird vom zuständigen Institut (IQTiG) betreut. Hintergrund ist der deutliche Unterschied in den Fallzahlen, da Transplantationen nur in bestimmten Einrichtungen und Zentren mit überschaubarer Anzahl durchgeführt werden, Dialysen jedoch wesentlich häufiger und oftmals auch im ambulanten Sektor stattfinden. Hier wird nachfolgend dementsprechend nur der Bereich QS NET-DIAL betrachtet.

Datengrundlage EJ 2022

	Kliniken	Praxen	Gesamt
Daten - IST	2.489	22.643	25.132
Daten - SOLL	2.558	25.348	27.906
Vollständigkeit	97,3 %	89,3 %	90,1 %
Minimaldatensatz (MDS)	8	1.552	1.560
MDS (Anteil von IST)	0,3 %	6,9 %	6,2 %
LE	16	55	71
LE SOLL	16	67	83
LE (Anteil von SOLL)	100 %	82,1 %	86,6 %

Tab. 3.4.1 Datengrundlage Erfassungsjahr 2022

Einleitung

Für das Erfassungsjahr 2022 sind für Hessen knapp 2.800 weniger Daten eingegangen als erwartet. (25.132 im Vergleich zu 27.906). Das entspricht somit einer Vollzähligkeit von 90,1 %.

Darunter sind 6,2 % (N = 1.560) Minimaldatensätze, also Dokumentationsbögen, die durch die entsprechende Kodierung ausgelöst wurden, jedoch nicht vollständig ausgefüllt werden konnten und damit nicht in die Auswertungen einbezogen werden.

Der Großteil der Fälle im QS-Verfahren QS NET-DIAL wird demnach im niedergelassenen Bereich behandelt und dokumentiert, das zeigen sowohl die Fallzahlen als auch die Anzahl der Leistungserbringer*innen. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass nur die teilstationären Fälle im Rahmen einer Krankenhausbehandlung dokumentationspflichtig sind.

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die QI 572001 und 572002 sind aufgrund ihres Referenzbereiches (jeweils 95. Perzentil) von $\leq 100,00$ % methodisch und inhaltlich zu hinterfragen, da hier kein Fall/ Leistungserbringer rechnerisch auffällig werden kann. Im Umkehrschluss bedeutet das aber auch, dass – unter der Annahme, dass die Rechenregeln die Versorgung korrekt abbilden – deutschlandweit eine unzureichende Aufklärung der Patienten hinsichtlich der Behandlungsoptionen stattfindet (nur in ca. 10 %) und auch keine ausreichende Evaluation zur Transplantation durchgeführt wird (nur in ca. 40 %). Die Aussetzung des QI 572001 für das Erfassungsjahr 2023 zeigt aber auch, dass hier noch methodische Defizite bei der Berechnung vorliegen.

Im QI 572006 „Dialysedauer pro Woche“ wird betrachtet, ob die mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt. Den Referenzbereich von $\leq 15,00$ % kann kaum ein Leistungserbringer einhalten, da z.B. noch nicht berücksichtigt wird, wenn Dialysen unterbrochen werden müssen. In Hessen wurde aus diesem Grund bisher auf ein Stellennahmeverfahren verzichtet.

Ergebnisübersicht

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
572001	Keine Aufklärung über Behandlungsoptionen	≤ 100 %	85,44% 10.056 / 11.769	90,16% 843 / 935	89,07% 538 / 604
572002	Keine evaluation zur Transplantation durchgeführt	≤ 100 %	67,62% 7.357 / 10.880	58,52% 491 / 839	-
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	$\leq 63,62$ %	34,10% 7.385 / 21.657	38,31% 452 / 1.180	34,74% 361 / 1.039
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	$\leq 45,63$ %	27,30% 14.388 / 52.698	29,95% 1.029 / 3.436	36,59% 842 / 2.301
572005	Dialysefrequenz pro Woche	$\leq 80,77$ %	21,79% 11.143 / 51.140	17,09% 656 / 3.838	32,28% 717 / 2.221
572006	Dialysedauer pro Woche	≤ 15 %	42,83% 17.390 / 40.601	34,42% 953 / 2.769	56,28% 1.250 / 2.221
572007	Ernährungsstatus	Transparenz- kennzahl	4,86% 3.282 / 67.544	5,66% 300 / 5.300	6,37% 187 / 2.936
572008	Anämiemanagement	Transparenz- kennzahl	0,37% 252 / 67.544	0,51% 27 / 5.300	0,24% 7 / 2.936

Tab. 3.5.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Ergebnisübersicht (Follow-up-Kennzahlen)

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
572009	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse	≤ 18,63 %	7,80% 4.814 / 61.754	8,00% 396 / 4.953	6,90% 135 / 1.956
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	≤ 16,67 %	11,37% 156 / 1.372	11,76% 8 / 68	10,00% 4 / 40
572011	1-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	88,31% 8.411 / 9.524	89,02% 689 / 774	88,60% 311 / 351
572012	2-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	74,50% 3.260 / 4.376	73,75% 250 / 339	-

Tab. 3.5.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Die Ergebnisse zu den QI 572007 „Ernährungsstatus“ und 572008 „Anämiemanagement“ werden weiterhin als Transparenzkennzahlen ohne Referenzbereiche ausgegeben, da hier wichtige Informationen zu den Patienten noch nicht gewichtet werden. Diese sind ein niedriger Albuminwert und zugleich ein hoher Gewichtsverlust bzw. die Werte Hämoglobin, Ferritin oder Transferrin-Sättigung und CRP außerhalb der jeweils definierten Grenzwerte – und das jeweils in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen.

Die Follow-up-Indikatoren, die auf Basis von Sozialdaten für Dialysepatienten aus 2020 und 2021 berechnet werden, zeigen zufriedenstellende Werte. Die hessischen Leistungserbringer*innen liegen bei der Hospitalisierungsrate aufgrund von Komplikationen bzw. Infektionen leicht über dem Bundesschnitt.

Stellungnahmeverfahren

Auf Grund der methodischen Defizite sowie der fehlenden Risikoadjustierung wurde auf Empfehlung der Fachkommission nur ein reduziertes Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Hierbei wurden fünf rechnerisch auffällige Leistungserbringer, davon vier stationäre Einrichtungen und eine niedergelassene Praxis, um Rückmeldung zu zwei Qualitätsindikatoren gebeten.

Sowohl im QI 572004 „Katheterzugang bei Hämodialyse“ als auch im QI 572009 „Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse“ wurden die zwei bzw. drei rechnerisch auffälligen Leistungserbringer*innen nach Sichtung ihrer Stellungnahmen als qualitativ unauffällig bewertet (Tab. 3.6.2)

Es wird deutlich, dass die aktuell eingesetzten Instrumente weiter geschärft werden sollten, um sie im Rahmen der Qualitätssicherung sinnvoll einzusetzen.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
572001	74	0	-	-	-	-	-	-
572002	75	0	-	-	-	-	-	-
572003	75	12	-	-	-	-	-	-
572004*	75	20	2	-	2	-	-	-
572005	75	8	-	-	-	-	-	-
572006	75	56	-	-	-	-	-	-
572009*	68	7	3	-	3	-	-	-
572010	68	6	-	-	-	-	-	-
Summe		109	5	-	5	-	-	-

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.4.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.5 QS KAROTIS

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr PD Dr. F. Adili	Klinikum Darmstadt	Krankenhäuser
Herr Dr. S. Classen	Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. R. du Mesnil de Rochemont	Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden	Krankenhäuser
Frau B. Voß	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen

Expert*in	Institution
Herr Prof. Dr. J. Berkefeld	Frankfurt a. M.
Herr Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen	Frankfurt a. M.

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
3	06.06.2023
4	11.09.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektmanagement
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau L. Schultheiß

Einleitung

Bei rund einer Million Menschen in Deutschland ist eine der beiden Halsschlagadern deutlich – um mindestens 50 Prozent – verengt. Eine solche Verengung (Karotisstenose) geht mit einem erhöhten Risiko für Durchblutungsstörungen im Gehirn einher. So sind pro Jahr schätzungsweise 30.000 Schlaganfälle in Deutschland auf eine Verengung oder einen Verschluss der Halsschlagadern zurückzuführen (Quelle: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extrakraniellen Karotisstenose).

Zur interventionellen Prophylaxe stehen zwei Methoden zur Verfügung. Bei der Thrombendarteriektomie werden die Ablagerungen offen-chirurgisch aus dem Blutgefäß entfernt, um die erkrankte Arterie zu rekonstruieren (Karotis-Rekonstruktion). Alternativ kann das Gefäß auch durch einen Ballonkatheter (kathetergestützt) geweitet und mittels eines eingesetzten Drahtgeflechts (Stent) behandelt werden. Die Auswahl der geeigneten Therapieform erfolgt in Abstimmung mit den Patient*innen und mit allen behandelnden Fachdisziplinen.

Die Qualitätsindikatoren dieses QS-Verfahrens richten sich auf die Indikationsstellung, auf schwere Komplika-

tionen (Schlaganfall oder Tod) im zeitlichen Umfeld des Eingriffs sowie die postprozedurale fachneurologische Untersuchung (Quelle: IQTIG).

In den hessischen Krankenhäusern wurden für 2022 nach den Daten der Qualitätssicherung 2.259 interventionelle Karotisrevaskularisierungen durchgeführt, davon 1.754 offen-chirurgische und 361 kathetergestützte. Die restlichen Fälle verteilen sich auf sonstige Eingriffe (N = 144) an der Halsschlagader die nicht direkt mit einer Revaskularisation in Zusammenhang stehen. Die Fallzahlen pro Krankenhaus (abgerechnete Fälle) bewegen sich hierbei zwischen eins und 210 (Abb. 3.5.1).

Fallzahlverteilung 2022 (nur Krankenhäuser)

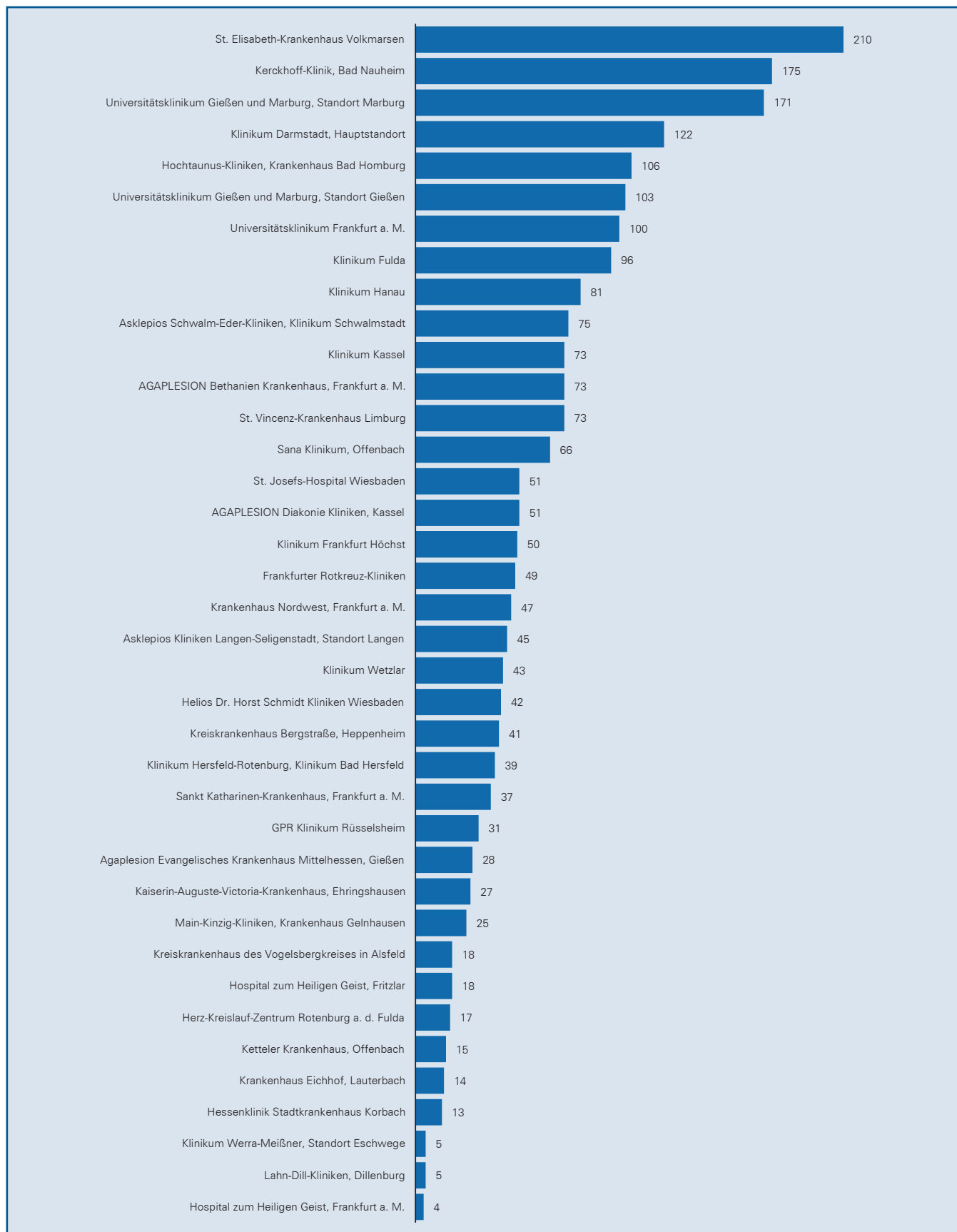


Abb. 3.5.1 *Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahme datum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4*

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Acht Qualitätsindikatoren konnten aus den vorliegenden Daten berechnet werden, vier zur Indikationsstellung, einer zur Prozessqualität und drei zu schweren Komplikationen nach dem Eingriff. Die Ergebnisse liegen für Hessen, bis auf einen QI, deutlich im Referenzbereich und auch im Bereich der Bundesergeb-

nisse (Tab. 3.5.1). Die Ausnahme bildet hierbei der QI 161800 (Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit). Auch wenn es sich hier nur um wenige Einzelfälle handelt, so weicht das Ergebnis signifikant vom Bundesergebnis ab.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	≥ 95 %	99,25 % 12.779 / 12.876	99,3 % 992 / 999	99,01 % 900 / 909
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	≥ 95 %	99,69 % 8.427 / 8.453	99,54 % 645 / 648	99,69 % 650 / 652
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	≤ 2,79 O / E / N	0,98 557 / 567 / 22.609 2,46 %	0,9 39 / 43 / 1.725 2,26 %	0,76 32 / 42 / 1.660 1,93 %
161800	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	≤ 5 %	3,5 % 23 / 657	13,16 % 5 / 38	x %* ≤ 3* / 33
51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	≥ 95 %	97,95 % 3.054 / 3.118	98,31 % 175 / 178	99,23 % 129 / 130
51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	≥ 95 %	99,34 % 2.264 / 2.279	100 % 99 / 99	100 % 84 / 84
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	≤ 2,81 O / E / N	1,01 348 / 345 / 6.845 5,08 %	0,74 12 / 16 / 344 3,49 %	1,04 15 / 14 / 288 5,21 %
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	≤ 0 %	5,07 % 7 / 138	x %* ≤ 3* / 14	x %* ≤ 3* / 22

Tab. 3.5.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
11704*	42	4	4	2	2	-	-	1
161800*	42	3	3	-	3	-	-	-
51437*	42	1	1	-	1	-	-	-
51443*	42	-	-	-	-	-	-	-
51873*	42	3	3	2	1	-	-	-
52240*	42	1	1	-	1	-	-	-
603*	42	1	1	-	1	-	-	-
604*	42	2	2	-	1	-	1	-
Summe		15	15	4	10	-	1	1

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.5.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

* Datenschutz

Stellungnahmeverfahren

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde 15 rechnerischen Auffälligkeiten nachgegangen, vier zur Indikationsstellung, drei zur fachneurologischen Untersuchung und acht zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod im Krankenhaus (Tab. 3.5.2).

Bei vier rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein Qualitätsproblem festgestellt, dies betraf die Qualitätsindikatoren zu den periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen im Krankenhaus (jeweils zwei bei offen-chirurgischen Eingriffen und kathetergestützten Eingriffen) (Tab. 3.5.2). Bei allen auffällig bewerteten Leistungserbringern gab es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der geringen Fallzahl und der Struktur- und Prozessqualität.

Auffälligkeitskriterien

In der Tabelle 3.5.3 sind die hessischen Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien abgebildet.

Bei den Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz, zur häufigen Angabe von ASA 4 und zur häufigen Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen wurden fünf Leistungserbringer*innen angeschrieben und bei vier davon auch Dokumentationsprobleme identifiziert (Tab. 3.5.4).

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	≤ 4,78 %	1,1 % 325 / 29.592	1,3 % 27 / 2.083
852200	Häufige Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen	≤ 10,45 %	3,01 % 892 / 29.592	2,21 % 46 / 2.083
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,23 % 32.127 / 32.052	100 % 2.249 / 2.249
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,23 % 32.127 / 32.052	100 % 2.249 / 2.249
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,54 % 174 / 32.052	0,62 % 14 / 2.249

Tab. 3.5.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
850085	46	-	-	-	-	-
850086	46	-	-	-	-	-
850223	46	1	1	-	1	-
850332	42	3	3	3	-	-
852200	42	1	1	1	-	-
Summe		5	5	4	1	-

Tab. 3.5.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.6 QS CAP

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Prof. Dr. J. Bargon	Klinik Rotes Kreuz, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr Dr. A. Jerrentrup	Universitätsklinikum Marburg	Krankenhäuser
Herr Dr. T. Müller (bis 30.09.2023)	Varisano Krankenhaus Hofheim	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. G. Rohde	Universitätsklinikum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau I. Schulz	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
3	16.06.2023
4	06.10.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. F. Woernle	Frau A. Meister

Einleitung

In Deutschland ist die ambulant erworbene Pneumonie die häufigste Todesursache, die auf eine Infektion zurückzuführen ist. Eine unzureichende Behandlung der Pneumonie kann zu einer erhöhten Sterblichkeit führen. Seit 2005 ist die ambulant erworbene Pneumonie eine dokumentationspflichtige Leistung der externen gesetzlichen Qualitätssicherung, um die Versorgungsqualität zu messen und gegebenenfalls Schritte zur Verbesserung einzuleiten.

Das QS-Verfahren QS CAP („community-acquired pneumonia“) betrachtet neben der rechtzeitigen und kontinuierlichen Durchführung von notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auch die Sterblichkeit im Krankenhaus.

Im Jahr 2022 wurden von 96 Krankenhäusern (teilweise mit mehreren Standorten) insgesamt 19.723 Fälle (Fall-Range: 1 - 758) mit ambulant erworbener Pneumonie ab einem Alter von 18 Jahren abgerechnet (Abb. 3.6.1).

Fallzahlverteilung 2022 (nur Krankenhäuser)

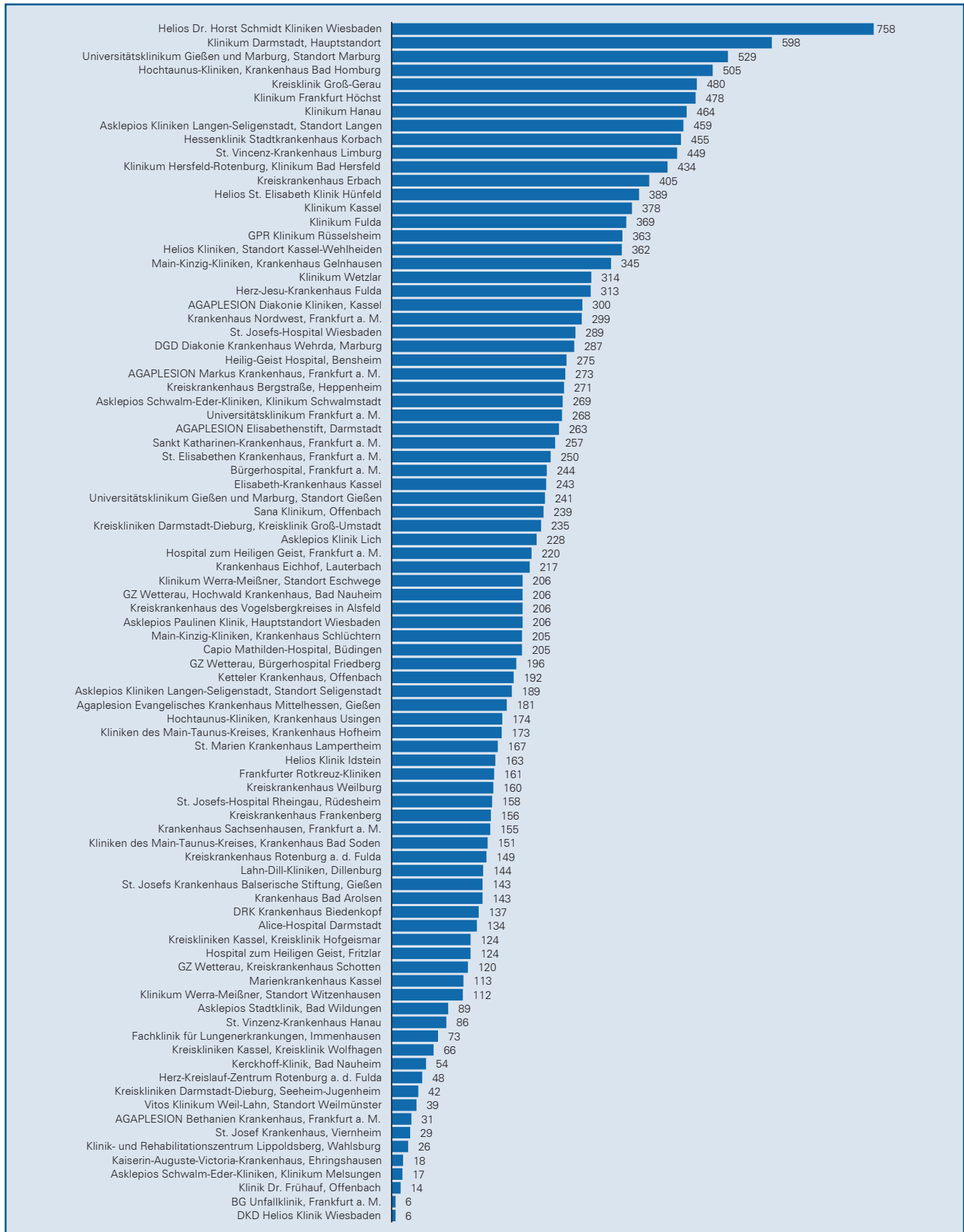


Abb. 3.6.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Indikatorergebnisse (Tab. 3.6.1) ist zu beachten, dass bei den Indikatoren zur frühen antimikrobiellen Therapie (ID 2009) und zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778) COVID-19-Fälle aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen sind.

Die beiden Indikatoren zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien (ID 2028) und zur Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ID 50722), welche auch bei COVID-19-Fällen zur Anwendung kommen, zeigen erneut in Hessen ein im Vergleich zum Bundeswert signifikant besseres Ergebnis. Dies

ist insofern hervorzuheben, da insbesondere die Messung der Atemfrequenz, welche auch eine Teilmenge des Indikators 2028 ist, im klinischen Alltag personalintensiver ist als beispielsweise die Bestimmung von Sauerstoffsättigung, Pulsfrequenz und Blutdruck, welche automatisiert und damit einfacher am Monitor erfasst werden können. Während der Corona-Pandemie waren Kliniken nicht nur durch ein erhöhtes Patient*innenaufkommen insbesondere in diesem Leistungsbereich belastet, sondern zusätzlich auch durch pandemiebedingte Personalausfälle. Insgesamt liegen die hessischen Ergebnisse nahe am Bundesdurchschnitt.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	≥ 95 %	99,02 % 268.624 / 271.285	99,09 % 19.665 / 19.846	99,26 % 22.087 / 22.251
2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	≥ 90 %	93,08 % 135.629 / 145.705	93,34 % 10.195 / 10.923	92,3 % 7.339 / 7.951
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	≥ 90 %	92,79 % 117.888 / 127.047	92,8 % 8.287 / 8.930	92,67 % 7.353 / 7.935
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95 %	95,93 % 182.621 / 190.369	96,46 % 13.408 / 13.900	96,99 % 14.933 / 15.397
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	≥ 95 %	96,71 % 256.324 / 265.056	97,61 % 18.801 / 19.262	97,41 % 20.986 / 21.544
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 1,91 O / E / N	0,97 12.454 / 12.781 / 155.062 8,03 %	0,97 957 / 989 / 11.587 8,26 %	0,97 751 / 772 / 8.639 8,69 %

Tab. 3.6.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
2005*	92	3	1	-	1	-	-	-
2009*	92	21	13	9	1	3	-	6
2013*	92	18	10	9	1	-	-	5
2028*	92	15	10	9	1	-	-	5
50722*	92	14	8	6	2	-	-	2
50778*	92	2	2	-	2	-	-	-
Summe		73	44	33	8	3	-	18

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QBR)

Tab. 3.6.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.6.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS CAP dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (21) fanden sich beim Indikator zur frühen antimikrobiellen Therapie (ID 2009). Bei neun von 13 der angeforderten Stellungnahmen musste hier eine auffällige Qualität festgestellt werden.

Für die Indikatoren zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien (ID 2028) und zur Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ID 50722) wurde auf Bundesebene durch das zuständige Expertengremium beim IQTIG ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Hier musste auch in Hessen in nahezu allen angefragten Fällen eine qualitativ auffällige Bewertung vorgenommen werden. Im Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778) und zur Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ID 2005) konnten alle Stellungnahmen als unauffällig bewertet werden.

Auf Basis der Bewertung der Ergebnisse der Leistungserbringer*innen wurden auf Empfehlung der zuständigen Fachkommission erstmalig Maßnahmen der Stufe 1 nach § 17 Absatz 3 Teil 1 der DeQS-RL festgelegt und eingeleitet. Vereinbarungen über Maßnahmen der Stufe 1 wurden mit 14 der auffällig bewerteten Kliniken getroffen. Zum Teil wurden mit derselben Klinik zu mehreren Indikatoren Vereinbarungen geschlossen und mehrere Maßnahmen der Stufe 1 vereinbart. In 11 Fällen wurde die Implementierung von Behandlungspfaden und in 7 Fällen die Durchführung von Schulungsmaßnahmen festgelegt.

Auffälligkeitskriterien

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.6.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850101, 850102 und 850229) und auch plausibel und vollständig (IDs 811822, 811826 und 851900) erfasst wurden.

Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.6.4). Zum Auffälligkeitskriterium 851900 (Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben) konnten im Jahr 2023 bundesweit wieder Stellungnahmen durchgeführt werden. Dies war im Vorjahr aus formal-juristischen Gründen nicht möglich. Insgesamt gab es im Bereich der statistischen Basisprüfung wenige rechnerische Auffälligkeiten (acht), von denen sich bei fünf auch tatsächlich fehlerhafte Dokumentationen zeigten.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	≤ 20 %	5,27 % 9.971 / 189.173	6,85 % 958 / 13.989
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	≤ 20,12 %	8,3 % 14.230 / 171.489	8,62 % 1.101 / 12.779
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	≤ 50 %	12,92 % 2.335 / 18.079	13,34 % 165 / 1.237
850101	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	≥ 95 %	101,32 % 271.548 / 268.013	100,78 % 19.876 / 19.723
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	101,32 % 271.548 / 268.013	100,78 % 19.876 / 19.723
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,1 % 263 / 268.013	0,15 % 30 / 19.723

Tab. 3.6.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
811822	92	-	-	-	-	-
811826	92	3	3	1	2	-
850101	96	1	1	1	-	-
850102	96	1	1	1	-	-
850229	96	-	-	-	-	-
851900	92	3	3	2	1	-
Summe		8	8	5	3	-

Tab. 3.6.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.7 QS MC

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Frau Dr. C. Eggert	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Frau H. Haase	LAG Hessen Selbsthilfe	Patient*innen
Herr Prof. Dr. C. Jackisch	Sana Klinikum Offenbach	Krankenhäuser
Frau Dr. E. Schulmeyer	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. M. A. M. Thill	Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau A. van Even	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Prof. Dr. U. Wagner	Universitätsklinikum Marburg	Krankenhäuser

Expert*in	Institution
Herr Dr. K. Doubek	Wiesbaden

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
3	18.06.2023
4	19.09.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. F. Woernle	Frau A. Meister

Einleitung

Das QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC) widmet sich der Bewertung der Versorgungsqualität von Patient*innen mit Brustkrebs (Mammakarzinom). Es konzentriert sich sowohl auf eine angemessene Diagnostik als auch auf die Behandlung selbst. In Deutschland sind jährlich etwa 18.000 Todesfälle auf Mammakarzinome zurückzuführen, wobei diese Erkrankung in seltenen Fällen auch bei Männern auftreten kann. Ein wichtiger Aspekt der Qualitätssicherung besteht darin, dass Patient*innen aktiv in die umfassende und sorgfältige Behandlungsplanung einbezogen werden.

Darüber hinaus sollten belastende Eingriffe nur dann durchgeführt werden, wenn die Indikation eindeutig gegeben ist. Eine individuelle und angemessene Behandlung, welche die verschiedenen Arten und Stadien von Brustkrebs sowie die Lebenssituation der Patient*innen berücksichtigt, ist von großer Bedeutung. In diesem QS-Verfahren werden daher Qualitätsindikatoren für prätherapeutische Maßnahmen, intraoperative Untersuchungen, operative Eingriffe an den

Lymphknoten sowie den zeitlichen Abstand zwischen Diagnose und Operation berücksichtigt.

Im Jahr 2022 wurden von 53 Krankenhäusern (teilweise mit mehreren Standorten) insgesamt 7.253 Fälle (Fall-Range: 1 – 816) mit Eingriffen an einer oder beiden Brüsten abgerechnet (Abb. 3.7.1).

Fallzahlverteilung 2022 (nur Krankenhäuser)

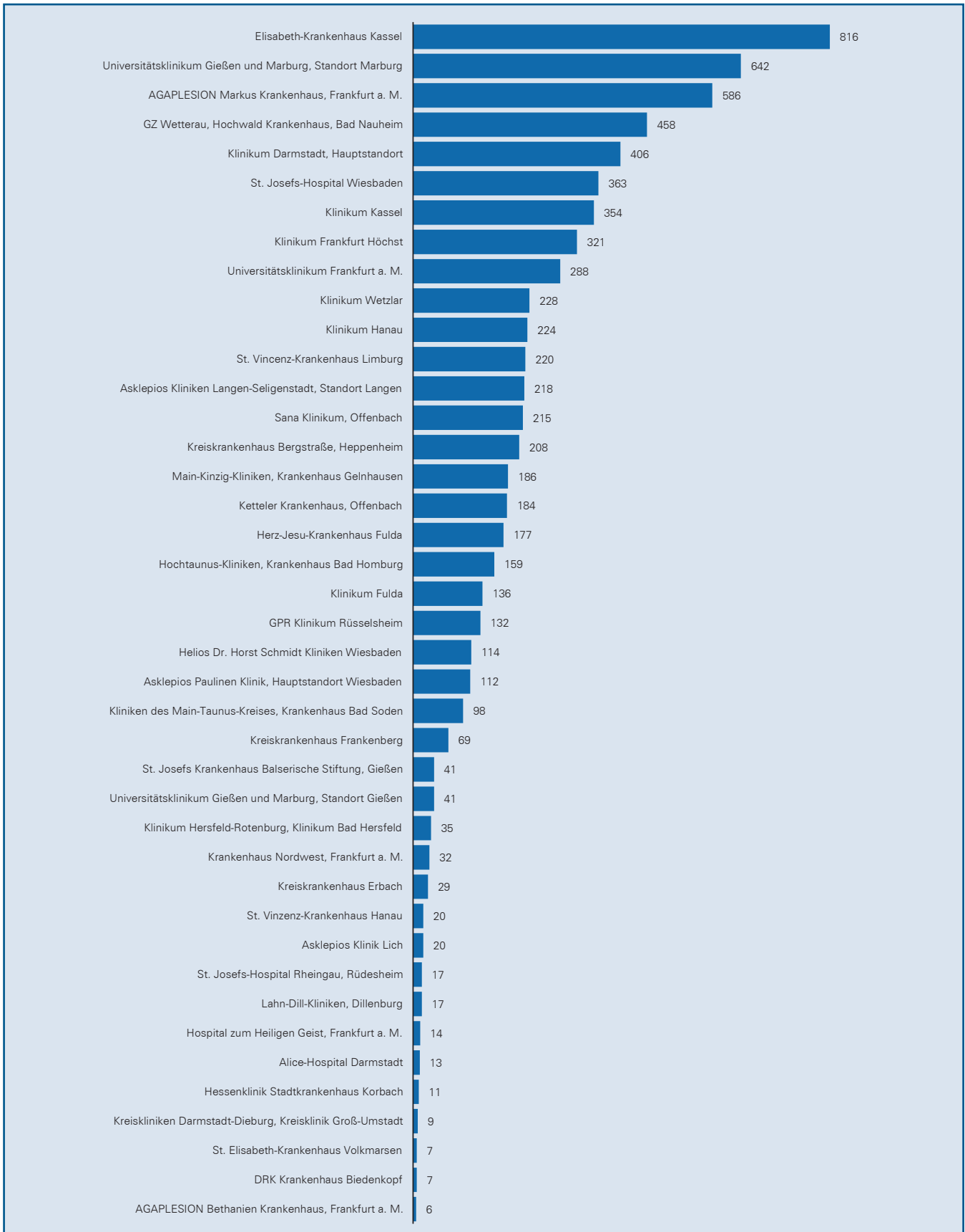


Abb. 3.7.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 97,82 %	99,48 % 61.347 / 61.665	99,44 % 4.449 / 4.474	99,71 % 4.466 / 4.479
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	≥ 80,95 %	95,04 % 6.900 / 7.260	96,65 % 548 / 567	96,07 % 635 / 661
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	≥ 54,43 %	85,86 % 19.685 / 22.927	89,35 % 1.636 / 1.831	86,5 % 1.519 / 1.756
2163*	Primäre Axilladissektion bei DCIS	≤ 0 %	0,04 % 3 / 6.892	0 % 0 / 519	0 % 0 / 524
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5 %	3,35 % 178 / 5.309	2,72 % 12 / 441	3,87 % 17 / 439
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 7,69 %	1,92 % 948 / 49.427	2,37 % 88 / 3.720	2,9 % 111 / 3.823
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 95 %	98,21 % 71.373 / 72.674	97,94 % 5.146 / 5.254	98,01 % 5.116 / 5.220
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90 %	96,99 % 29.681 / 30.602	97,81 % 2.362 / 2.415	97,76 % 2.401 / 2.456
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	≥ 0,46 O / E / N	0,95 8.263 / 8.681 / 64.460 12,82 %	0,96 573 / 595 / 4.652 12,32 %	0,97 548 / 565 / 4.627 11,84 %
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	≤ 1,72 O / E / N	0,95 8.263 / 8.681 / 64.460 12,82 %	0,96 573 / 595 / 4.652 12,32 %	0,97 548 / 565 / 4.627 11,84 %
52279*	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	98,99 % 29.257 / 29.557	99,22 % 2.560 / 2.580	99,14 % 2.423 / 2.444
52330*	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	99,39 % 16.982 / 17.086	99,61 % 1.282 / 1.287	99,62 % 1.320 / 1.325
60659	Nachresektionsrate	≤ 20,77 %	10,66 % 6.246 / 58.614	10,23 % 434 / 4.241	9,5 % 391 / 4.114

Tab. 3.7.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
211800*	52	4	-	-	-	-	-	-
212000	52	-	-	-	-	-	-	-
212001	52	4	2	-	2	-	-	-
2163*	52	-	-	-	-	-	-	-
50719*	52	5	2	1	1	-	-	1
51370	52	5	1	-	1	-	-	-
51846*	52	7	3	2	1	-	-	1
51847*	52	7	5	3	2	-	-	-
52267	52	4	-	-	-	-	-	-
52278	52	6	2	-	2	-	-	-
52279*	52	1	-	-	-	-	-	-
52330*	52	1	-	-	-	-	-	-
60659*	52	3	2	1	1	-	-	1
Summe		47	17	7	10	-	-	3

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.7.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Qualitätsindikatoren (Tab. 3.7.1) zeigen sich in Hessen insgesamt sehr gute Ergebnisse. Beim Indikator zur Drahtmarkierung nicht tastbarer Befunde (ID 212001) stellt sich im Vergleich zum Bundeswert ein signifikant besseres Ergebnis dar. Hier wird ermittelt, ob Befunde, die in Mammographie, Sonographie oder im MRT auffällig, aber nicht tastbar sind, in ausreichender Häufigkeit mit einer Drahtnadel markiert werden, damit sie während der Operation sicher erfasst und entfernt werden können. Dass die so markierten und entfernten Gewebsareale noch während der Operation durch eine entsprechende Bildgebung kontrolliert werden, wird mit den beiden Indikatoren zur intraoperativen Präparatradio- oder -sonographie kontrolliert (ID 52330 und 52279).

Eine Ausräumung der Lymphknoten aus der Achselhöhle ist bei der Krebsvorstufe DCIS nicht indiziert. Daher ist der entsprechende Indikator (ID 2163) als Sentinel Event formuliert. Erfreulicherweise trat dies bundesweit nur noch in drei Fällen auf, in Hessen - wie auch in den Vorjahren - in keinem einzigen Fall. Insgesamt liegen die Hessenergebnisse nahe an dem Bundesdurchschnitt.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.8.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS MC dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren. Zusätzlich ist im Leistungsbereich Mammachirurgie zu beachten, dass die Indikatoren 52330, 52279 und 2163 als planungsrelevante Indikatoren (plan. QI-RL) festgelegt sind. Dies bedeutet auch, dass bei statistisch signifikanten Abweichungen vom Referenzwert ein Stellungnahmeverfahren über das IQTIG auf Bundesebene geführt wird (siehe Kapitel 4).

Die zahlenmäßig häufigsten Abweichungen vom Referenzwert fanden sich beim Qualitätsindikator zur prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung und zur Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ID 51846 und ID 51847). Hier wurden die Krankenhausstandorte, bei denen wiederholt eine Abweichung festgestellt wurde, um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. Insgesamt wurde bei fünf der acht angeforderten Stellungnahmen eine auffällige Bewertung vergeben.

Auch bei den anderen Indikatoren im Verfahren Mammachirurgie wurden insgesamt nur wenige qualitative Auffälligkeiten durch die hessische Fachkommission gesehen. Insgesamt wurde sieben Mal eine auffällige Bewertung und zehn Mal eine unauffällige Bewertung vergeben. Auf Basis der Bewertung der Ergebnisse der Leistungserbringer*innen wurden auf Empfehlung der zuständigen Fachkommission erstmalig Maßnahmen der Stufe 1 nach § 17 Absatz 3 Teil 1 der DeQS-RL festgelegt und eingeleitet. Vereinbarungen über Maßnahmen der Stufe 1 wurden mit drei der auffällig bewerteten Kliniken getroffen.

Auffälligkeitskriterien

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.7.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850093, 850094 und 850227) und auch plausibel und vollständig (IDs 850363, 850364, 813068, 850372 und 852000) erfasst wurden. Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.7.4).

Beim Auffälligkeitskriterium 850364 wird geprüft, ob angegeben wurde, dass keine Informationen darüber vorliegen, ob eine Geschwulst an der Brust vollständig entfernt wurde. Liegen diese Informationen nicht vor, kann der Indikator zur Nachresektionsrate (ID 60659) nicht korrekt berechnet werden.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	≤ 4	0,01 526 / 72.324	0,01 35 / 5.246
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	≤ 1,79 %	0,39 % 252 / 64.962	0,28 % 13 / 4.684
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	≤ 0,91 %	0,13 % 85 / 65.370	x %* ≤ 3* / 4.703
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	≤ 1,1 %	0,22 % 145 / 64.962	0,15 % 7 / 4.684
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	≤ 8,25 %	1,34 % 1.121 / 83.590	0,93 % 57 / 6.097
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,15 % 101.324 / 101.176	99,99 % 7.252 / 7.253
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,15 % 101.324 / 101.176	99,99 % 7.252 / 7.253
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,19 % 191 / 101.176	0,11 % 8 / 7.253

Tab. 3.7.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
813068	52	2	2	2	-	-
850093	53	1	1	1	-	-
850094	53	-	-	-	-	-
850227	53	-	-	-	-	-
850363	52	1	1	1	-	-
850364	52	-	-	-	-	-
850372	52	-	-	-	-	-
852000	52	3	3	3	-	-
Summe		7	7	7	-	-

Tab. 3.7.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Mit dem Auffälligkeitskriterium 852000 wird sichergestellt, dass die für die Berechnung der Indikatoren zur leitliniengerechten Behandlung bei Krebsvorstufen (DCIS) (ID 2163 und 50719) erforderlichen Informationen zu Zellveränderungen korrekt erfasst werden. Hier wird eine Vereinfachung der Datenerfassung für die Zukunft angestrebt, um Fehldokumentationen zu vermeiden. Bei Betrachtung der Ergebnisse der Auffäl-

ligkeitskriterien zeigen sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.

Insgesamt gab es im Bereich der statistischen Basisprüfung sehr wenige rechnerische Auffälligkeiten (sieben), von denen jedoch alle auf tatsächliche fehlerhafte Dokumentationen hinwiesen.

* Datenschutz

3.8 QS GYN-OP

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Frau Dr. C. Eggert	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Prof. Dr. C. Jackisch	Sana Klinikum Offenbach	Krankenhäuser
Frau Dr. E. Schulmeyer	Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. M. A. M. Thill	Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau A. van Even	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Prof. Dr. U. Wagner	Universitätsklinikum Marburg	Krankenhäuser

Expert*in	Institution
Herr Dr. K. Doubek	Wiesbaden
Frau H. Haase	LAG Hessen Selbsthilfe

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
3	18.06.2023
4	19.09.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. F. Woernle	Frau A. Meister

Einleitung

Im Verfahren Gynäkologische Operationen (GYN-OP) werden Eingriffe an den Eierstöcken (Ovarien) oder den Eileitern und Eierstöcken (Adnexe) ab dem zwölften Lebensjahr betrachtet. Eine hohe Versorgungsqualität nicht nur bei der Durchführung, sondern auch bei der Indikationsstellung dieser Operationen ist für die betroffenen Patientinnen besonders wichtig, da solche Eingriffe - insbesondere die Entfernung eines oder beider Eierstöcke - die Fruchtbarkeit und den Zeitpunkt des Eintritts in die Menopause beeinflussen können.

Obwohl Bauchspiegelungen (Laparoskopien) als minimal-invasive Operationen mit geringem Risiko gelten, können Komplikationen nicht ausgeschlossen werden. Zu den schwerwiegendsten Komplikationen zählen Verletzungen benachbarter Organe, die teilweise erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Patientinnen haben können. Daher werden hier auch solche Komplikationen bei Bauchspiegelungen betrachtet.

Im Jahr 2022 wurden von 71 Krankenhäusern (teilweise mit mehreren Standorten) insgesamt 13.480 Fälle (Fall-Range: 1 – 1.114) mit Eingriffen an den Eierstöcken und/oder Eileitern bei Patientinnen ab elf Jahren abgerechnet (Abb. 3.8.1).

Fallzahlverteilung 2022 (nur Krankenhäuser)

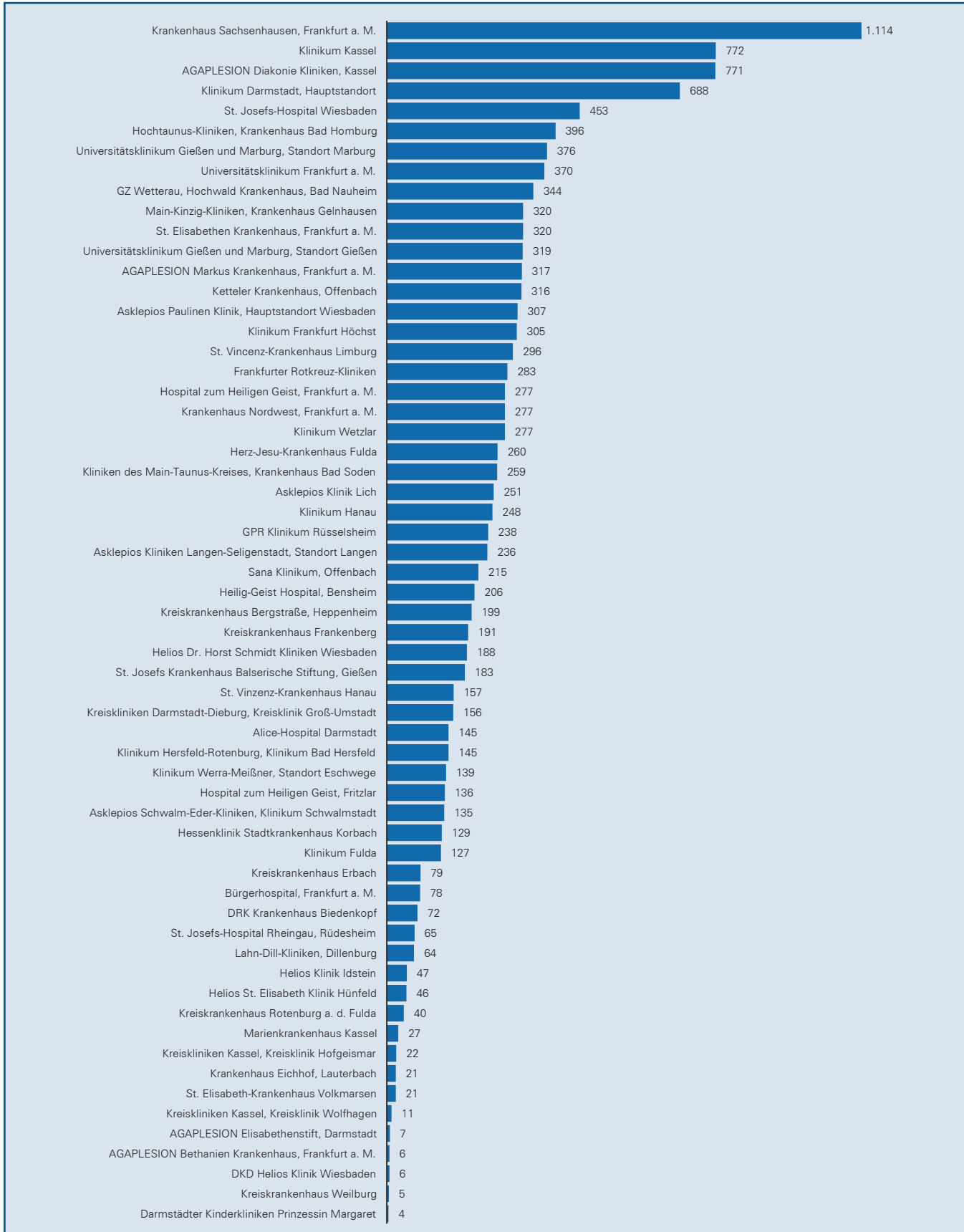


Abb. 3.8.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Qualitätsindikatoren (Tab. 3.8.1) zeigen sich in Hessen insgesamt gute Ergebnisse.

Beim Indikator zum Organerhalt bis 45 Jahre (ID 612), ist erneut ein im Vergleich zum Bundeswert signifikant besseres Ergebnis zu verzeichnen. Hier wird ermittelt, ob bei gutartigen Befunden möglichst häufig nicht das komplette Ovar entfernt wird, sondern ein Teil des Organs erhalten wird, welcher dann weiterhin Hormone und Eizellen produzieren kann.

Sehr gute Ergebnisse zeigen sich in Hessen auch bei den Ergebnissen der Indikatoren zur fehlenden Histologie nach Ovaringriff (ID 12874) und zu den Organverletzungen bei laparoskopischer Operation (ID 51906). Ein signifikant schlechteres Ergebnis im Vergleich zum Bundeswert zeigt sich beim Indikator zur vollständigen Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund (ID 10211).

Der Qualitätsindikator zu Organverletzungen bei Bauchspiegelungen (ID 51906) wird risikoadjustiert. Das bedeutet, dass Begleiterkrankungen, wie Voroperationen im Bauchraum, Endometriose u. ä. bei der Bewertung mitberücksichtigt werden. Hier kam es in Hessen zu 12 % weniger Organverletzungen, als aufgrund der vorliegenden Risiken zu erwarten gewesen wären.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.8.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS GYN-OP dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren. Zusätzlich ist im Leistungsbereich GYN-OP zu beachten, dass die Indikatoren 51906, 12874 und 10211 als planungsrelevante Indikatoren (plan. QI-RL) festgelegt sind. Dies bedeutet auch, dass bei statistisch signifikanten Abweichungen vom Referenzwert

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	≥ 74,46 %	88,74 % 31.644 / 35.658	90,34 % 2.507 / 2.775	90,69 % 2.980 / 3.286
10211*	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20 %	7,61 % 1.150 / 15.108	10,45 % 120 / 1.148	7,71 % 88 / 1.142
12874*	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaringriff mit Gewebeentfernung	≤ 5 %	0,95 % 320 / 33.858	0,77 % 20 / 2.596	0,67 % 19 / 2.857
51906*	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18 O / E / N	1,05 1.171 / 1.113 / 129.713 0,9 %	0,88 80 / 91 / 10.318 0,78 %	0,79 70 / 88 / 10.697 0,65 %
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	≤ 6,59 %	3,15 % 3.021 / 95.777	3,25 % 239 / 7.362	2,77 % 219 / 7.902
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 0 %	0,74 % 301 / 40.552	0,78 % 25 / 3.193	0,53 % 20 / 3.770
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 42,35 %	19,31 % 2.026 / 10.493	19,36 % 182 / 940	13,78 % 143 / 1.038

Tab. 3.8.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

* plan. QI

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
10211*	70	8	2	-	2	-	-	-
12874*	70	1	1	1	-	-	-	-
51906*	70	-	-	-	-	-	-	-
52283*	70	13	3	1	2	-	-	-
60685*	70	17	17	3	14	-	-	-
60686*	70	6	3	1	2	-	-	-
612*	70	4	2	-	2	-	-	-
Summe		49	28	6	22	-	-	-

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.8.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

ein Stellungnahmeverfahren über das IQTIG auf Bundesebene geführt wird (siehe Kapitel 4).

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (17) fanden sich, trotz durchschnittlich sehr guten Ergebnissen in Hessen (Tab. 3.8.1) beim Qualitätsindikator zur beidseitigen Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahren mit Normalbefund oder benigner Histologie (ID 60685) und beim Indikator zum transurethralen Dauerkatheter (ID 52283). Im Indikator 60685 wurden alle rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In drei Fällen konnte aus Sicht der Fachkommission keine ausreichende Begründung für die Ovariectomie geliefert werden. Jeweils eine auffällige Bewertung wurde in dem Indikator zur fehlenden Histologie (ID 12874), zum transurethralen Dauerkatheter (ID 52283) und zur beidseitigen Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre (ID 60686) vergeben. Insgesamt wurde lediglich in sechs von 28 der angeforderten Stellungnahmen eine auffällige Bewertung durch die Fachkommission vergeben.

Auffälligkeitskriterien

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.7.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850099, 850100 und 850225) und auch plausibel und vollständig (IDs 850231 und 851912) erfasst wurden.

Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.8.4). Es zeigen sich im Vergleich zum Bund keine signifikant besseren oder schlechteren Ergebnisse.

Beim Auffälligkeitskriterium 851912 wird geprüft, ob intraoperative Komplikationen zwar für Abrechnungszwecke kodiert wurden, nicht aber in der QS-Dokumentation erfasst wurden oder umgekehrt. Hier zeigte sich trotz rechnerischer Auffälligkeit in allen Fällen eine korrekte Dokumentation. Beim Auffälligkeitskriterium zur häufigen Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund (ID 850231) zeigte sich in drei der vier rechnerisch auffälligen Kliniken eine fehlerhafte Dokumentation der Fälle, was bedeutet, dass statt eines unspezifischen Befundes („sonstige“) ein spezifischer Befund hätte angegeben werden können.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850231	Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	≤ 6,71 %	1,43 % 216 / 15.108	1,22 % 14 / 1.148
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	= 0	0 254 / 177.419	0 17 / 13.525
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,55 % 177.823 / 176.845	100,33 % 13.525 / 13.480
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,55 % 177.823 / 176.845	100,33 % 13.525 / 13.480
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,23 % 404 / 176.845	0 % 0 / 13.480

Tab. 3.8.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
850099	71	-	-	-	-	-
850100	71	-	-	-	-	-
850225	71	-	-	-	-	-
850231	70	4	4	3	1	-
851912	70	4	4	-	4	-
Summe		8	8	3	5	-

Tab. 3.8.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.9 QS DEK

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr M. Becker	Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH	Krankenhäuser
Frau V. Gualdi	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Dr. S. Halbig (bis 30.06.2024)	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Frau C. Haupt	Universitätsklinikum Frankfurt	Krankenhäuser
Herr H. Hautzel	St. Vincenz Krankenhaus Limburg	Krankenhäuser
Herr J. Koog (ab 01.07.2023)	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr PD Dr. M. H.-D. Pfisterer	Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt	Krankenhäuser
Frau B. Steindecker	Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt	Krankenhäuser
Frau F. Winkler	Werner Wicker Klink, Bad Wildungen	Krankenhäuser

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
3	07.06.2023
4	07.09.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Frau S. Puttins	Frau V. Weck

Einleitung

Das seit langer Zeit etablierte QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (QS DEK) schließt alle Patient*innen ab 20 Jahre in allen Fachabteilungen aller Krankenhäuser in die Betrachtung ein. Der Dekubitus wird als lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes beschrieben, die oft über Knochenvorsprünge und infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften entsteht. Besonders gefährdet sind bei dieser Komplikation pflegebedürftige und/oder multimorbide Patient*innen oft in Verbindung mit einer Bewegungseinschränkung. Für die Betroffenen ist ein Dekubitus oft sehr schmerzhaft und geht in vielen Fällen mit einem hohen Leidensdruck einher. Neben einer aufwendigen Wundversorgung können im Extremfall Operationen zur plastischen Deckung der entstandenen Haut- und Weichteildefekte erforderlich sein.

Die Vollständigkeit der gelieferten Datensätze liegt wie in den Vorjahren stabil bei annähernd 100 %. Insgesamt konnte bei den vorliegenden Dekubitalulcera eine Range zwischen vier und 786 gemeldeten Fällen beobachtet werden (Abb. 3.9.1 und 3.9.2).

Fallzahlverteilung 2022 (nur Krankenhäuser)

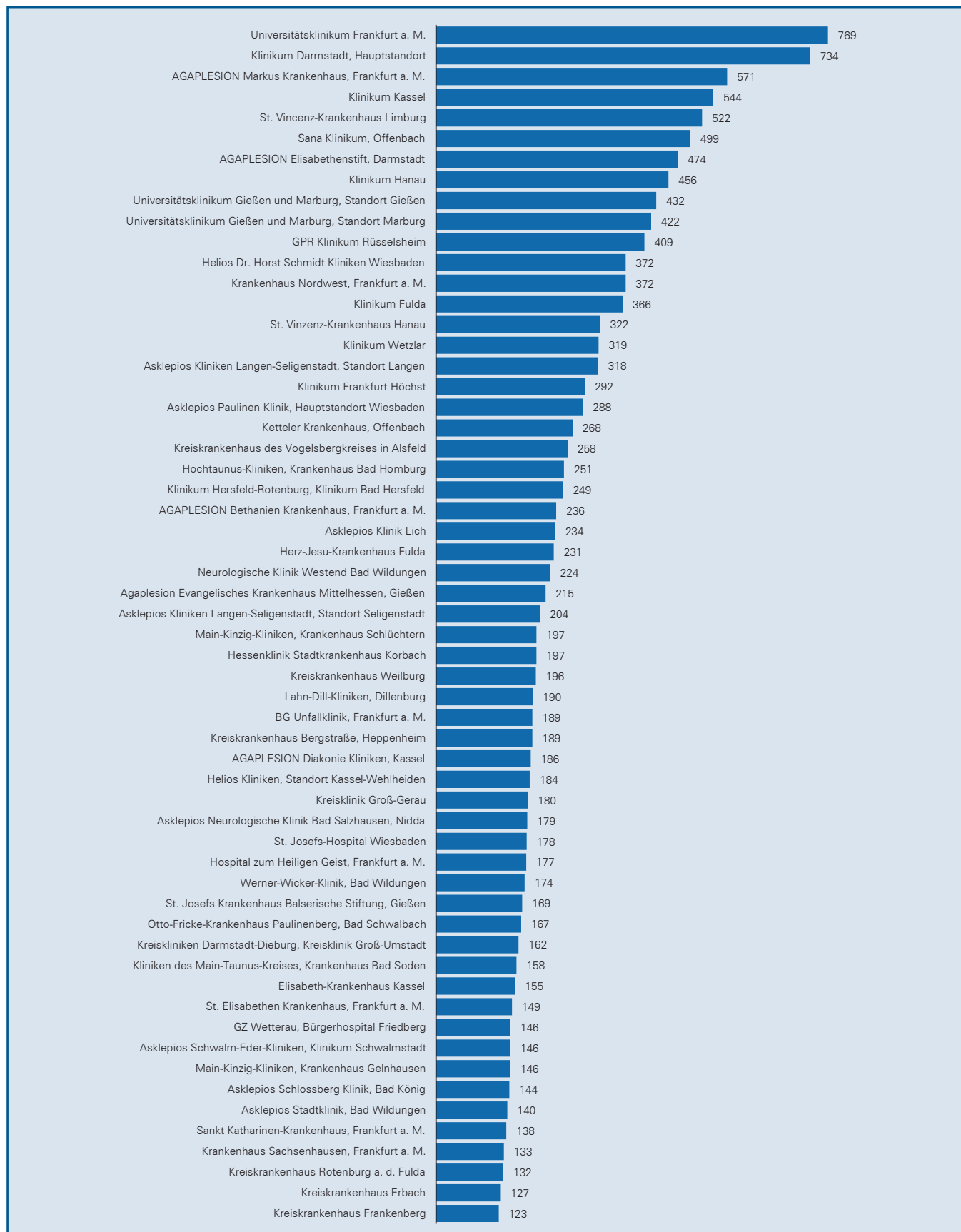


Abb. 3.9.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl > 120

Fortsetzung Fallzahlverteilung 2022 (nur Krankenhäuser)

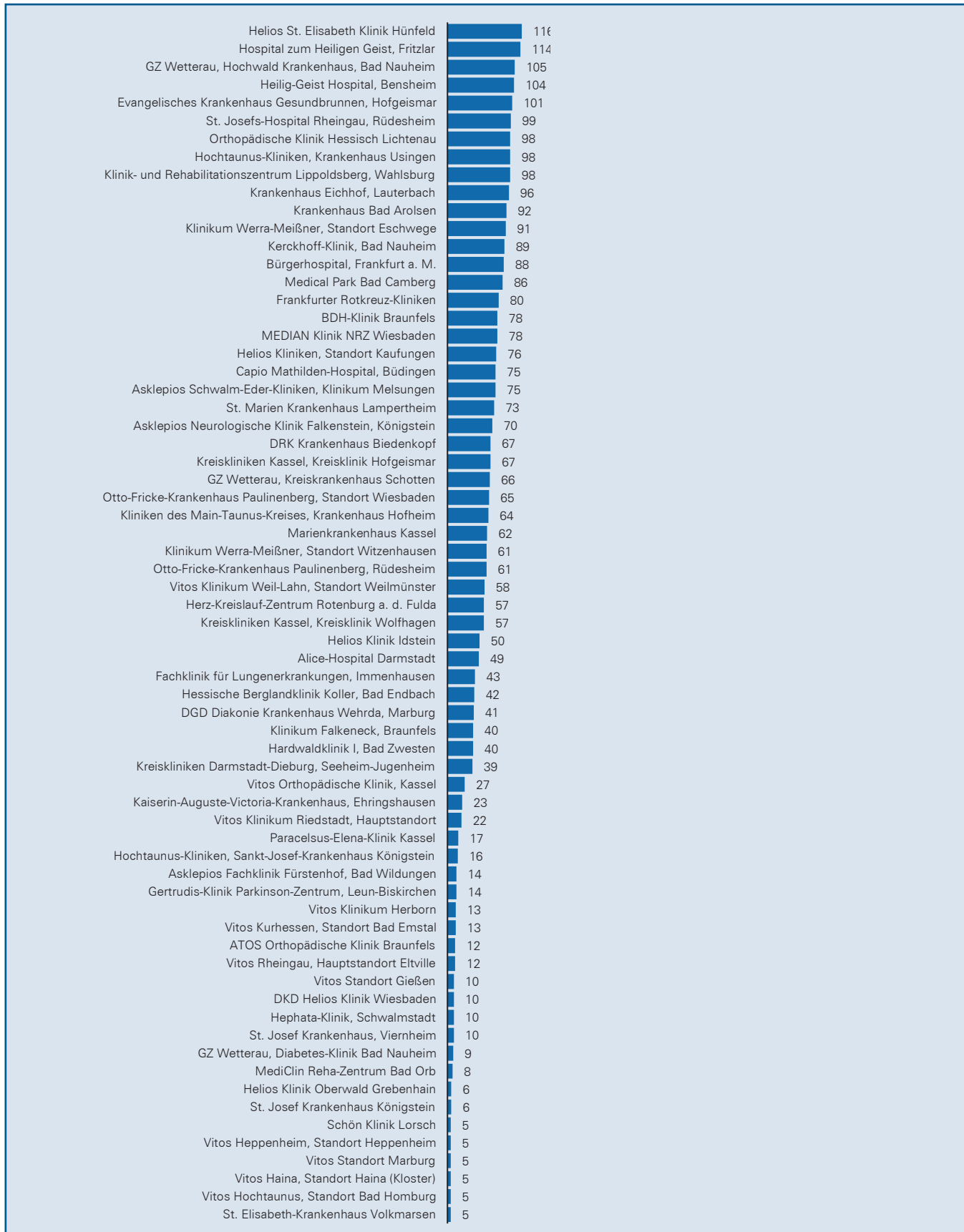


Abb. 3.9.2 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4 bis ≤ 120

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Tabelle 3.9.1 zeigt die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2022 im Verfahren Dekubitusprophylaxe. Wie in den Vorjahren werden auf Bundesebene für zwei der berechneten Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Im O/E-Indikator 52009 „Stationär erworbener Decubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ lag die berechnete Rate in Hessen bei 1,14 und somit über dem zu erwartenden Wert. Damit hat sich das Ergebnis zum Vorjahr deutlich verschlechtert. Zum Bundesergebnis von 1,18 konnte wie in den Vorjahren in Hessen ein leicht besseres Ergebnis des Indikators beobachtet werden.

Die Zahl der Sentinel Events im Qualitätsindikator 52010 „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ lag in Hessen bei 59 gemeldeten Fällen. Auch in diesem Indikator ist im Vergleich zum Vorjahr mit 39 Fällen eine deutliche Verschlechterung des Ergebnisses von 0,0036 % auf 0,0054 % zu beobachten. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bundesweit, auch

hier haben sich die Fallzahlen erhöht und das Ergebnis von 0,0046 % auf 0,0059 % verschlechtert.

Somit liegen in diesem Indikator die Hessen- und Bundesergebnisse des Jahres 2022 auf einem vergleichbaren Niveau.

Stellungnahmeverfahren

QI-ID 52009 „Stationär erworbener Decubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“

Vier hessische Kliniken wurden aufgrund einer rechnerischen Auffälligkeit in diesem Qualitätsindikator auf Empfehlung der Fachkommission im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens angeschrieben und um eine schriftliche Erläuterung zu den Ursachen gebeten.

Alle Kliniken konnten durch die Fachkommission als qualitativ unauffällig bewertet werden. In drei der betreffenden Kliniken konnte als Ursache für die rechnerische Auffälligkeit eine nicht ausreichende Erfassung der Risikofaktoren für das Gesamtkollektiv der Patient*innen identifiziert werden. Bei umfassender Dokumentation hätte durch die korrekte Abbildung der klinischen Realität ein höherer E-Wert als Berechnungsgrundlage zur Verfügung gestanden, der die rechnerische Auffälligkeit in den vorliegenden Fällen letztlich verhindert hätte.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 2,68 O / E / N	1,18 66.464 / 56.173 / 15.175.228 0,44 %	1,14 4.553 / 4.005 / 1.096.796 0,42 %	0,94 3.838 / 4.062 / 1.094.743 0,35 %
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0059 % 893 / 15.175.228	0,0054 % 59 / 1.096.796	0,0036 % 39 / 1.094.743

Tab. 3.9.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
52009*	157	9	4	-	3	1	-	2
52010*	157	32	32	16	3	13	-	7
Summe		41	36	16	6	14	-	9

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.9.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Bei einer hessischen Klinik besteht wiederholt eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Indikator. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde hier zur weiteren Klärung der bisher als unauffällig bewerteten Stellungnahmen ein gemeinsames Gespräch mit Vertretern der Klinik und der Fachkommission durchgeführt. Hier konnte von Seiten der Klinik umfassend dargestellt werden, welche Maßnahmen bereits eigeninitiativ eingeleitet wurden, um die Risikofaktoren in der Grundgesamtheit umfassend zu dokumentieren und rechnerische Auffälligkeiten zukünftig zu vermeiden. Die Klinik wurde daraufhin ebenfalls als qualitativ unauffällig bewertet.

QI-ID 52010 „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“

Insgesamt wurden 59 Sentinel Events in 32 Kliniken im Erfassungsjahr 2022 dokumentiert. Die betreffenden Kliniken wurden um schriftliche Stellungnahme zu den Einzelfällen gebeten. Diese erfolgten mit Hilfe des bereits in den vergangenen Jahren etablierten standardisierten Fragebogens.

Nach Sichtung der Stellungnahmen durch die Fachkommission konnten drei Kliniken als qualitativ unauffällig bewertet werden. Die Ursachen lagen hier durchgängig in schicksalhaften Krankheitsverläufen und der Schwere der Fälle begründet. In allen Fällen konnte von Klinikseite nachvollziehbar dargelegt werden, dass alle Möglichkeiten zur Intervention ausgeschöpft wurden.

In 13 Kliniken lag eine Fehldokumentation der rechnerischen Auffälligkeit zugrunde. Hier war der Dekubitus entweder bereits bei der Aufnahme vorhanden oder die vorliegende Wundart wurde fälschlicherweise als Dekubitus der Kategorie 4 kodiert.

Von der Fachkommission mussten 16 Klinikstandorte auf Grundlage der vorliegenden Stellungnahmen als qualitativ auffällig bewertet werden, da nachweislich Mängel in Prozess- und/oder Strukturqualität vorlagen.

Für insgesamt neun der indikatorübergreifend als qualitativ auffällig bewerteten Klinikstandorte hat die Fachkommission Maßnahmen der Stufe 1 nach § 17 der DeQS-RL empfohlen. Hierbei handelt es sich zum einen um die Durchführung geeigneter Schulungs-

maßnahmen zur Verbesserung der Qualitätsmängel. Zum anderen wurden mit insgesamt sechs Kliniken im Rahmen Kollegialer Fachgespräche individuelle gemeinsame Zielvereinbarungen zur Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen getroffen.

Auffälligkeitskriterien

Alle Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien im Verfahren Dekubitusprophylaxe sind in der Tabelle 3.9.3 dargestellt. Die erreichten Ergebnisse in Hessen liegen in allen berechneten Kennzahlen auf einem ähnlichen Niveau wie die Bundesergebnisse.

Eine Übersicht über die Ergebnisse und Bewertungen im Stellungnahmeverfahren der AK gibt die Tabelle 3.9.4.

Vier Kliniken wurden aufgrund der bestehenden rechnerischen Auffälligkeiten um eine schriftliche Stellungnahme im AK 850359 „Häufige Angabe POA – unbekannt in Folge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ gebeten.

In allen Häusern musste die fehlerhafte Dokumentation aufgrund vorliegender Prozessmängel in der Aufnahmedokumentation bestätigt werden. Alle betroffenen Kliniken haben im Rahmen der Bearbeitung der Stellungnahmen eigeninitiativ bereits intern Verbesserungsmaßnahmen zu den betreffenden Prozessen eingeleitet.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalucera Grad/Kategorie 1)	≤ 3,51 %	0,72 % 1.921 / 266.023	0,76 % 145 / 19.125
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalucera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	Sentinel Event	1,2 % 3.190 / 266.023	0,91 % 174 / 19.125
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,86 % 266.090 / 263.818	100,6 % 19.127 / 19.012
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,86 % 266.090 / 263.818	100,6 % 19.127 / 19.012
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,03 % 67 / 263.818	x %* ≤ 3* / 19.012
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	≥ 95 %	98,96 % 15.178.028 / 15.337.188	100,18 % 1.096.796 / 1.094.860
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	≤ 110 %	98,96 % 15.178.028 / 15.337.188	100,18 % 1.096.796 / 1.094.860

Tab. 3.9.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
850095	136	1	-	-	-	-
850096	136	-	-	-	-	-
850230	136	-	-	-	-	-
850359	134	6	4	4	-	-
851805	134	1	1	1	-	-
851806	157	1	1	1	-	-
851808	157	-	-	-	-	-
Summe		9	6	6	-	-

Tab. 3.9.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

* Datenschutz

3.10 QS HSMDEF

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Dr. T. Cherdron	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Dr. S. Classen	Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim	Krankenhäuser
Herr Dr. M. Hanika	Sana Klinikum Offenbach	Krankenhäuser
Herr Dr. U. Lüsebrink	Universitätsklinikum Marburg	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. B. Nowak	Bethanien Krankenhaus, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. A. Rastan	Universitätsklinikum Marburg	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. J. Sperzel	Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim	Krankenhäuser
Frau B. Voß	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
3	27.06.2023
4	16.10.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. F. Woernle	Frau V. Weck

Einleitung

Der Einsatz eines Herzschrittmachers (HSM) hat das Ziel, Beschwerden, die bis zur Bewusstlosigkeit der Patient*innen reichen können, zu mindern. Zudem erhöhen Herzschrittmacher bei bestimmten Formen der bradykarden Herzrhythmusstörung die Lebenserwartung. Weiterhin finden HSM bei fortgeschrittener Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz) Anwendung. Hierbei arbeiten die beiden Hauptkammern und/oder verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron. Diese Form der Herzschwäche kann mittels elektrischer Stimulation behandelt werden (kardiale Resynchronisationstherapie).

Der plötzliche Herztod gehört zu den häufigsten Todesursachen in den westlichen Industrienationen. Bei den meisten Betroffenen sind dafür Erkrankungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit - KHK) oder des Herzmuskels (Kardiomyopathie) ursächlich, die lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen (Arrhythmien) zur Folge haben können.

Die Implantation eines Defibrillators ist dann angemessen, wenn kardiologisch ein hohes Risiko für gefährliche Herzrhythmusstörungen gesichert festgestellt wurde. Sind diese lebensbedrohlichen Rhythmusstö-

rungen bereits einmal aufgetreten und ihnen liegt keine reversible Ursache zugrunde, erfolgt die ICD¹-Implantation – mit dem Ziel, bereits aufgetretene gefährliche Herzrhythmusstörungen zu verhindern. Das Aggregat kann diese lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen durch die Abgabe eines elektrischen Stromstoßes oder eine schnelle Abgabe von elektrischen Impulsen (antitachykarde Stimulation) beenden und damit den plötzlichen Herztod verhindern.

Außerdem wird die ICD¹-Therapie bei fortgeschrittener Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz) angewandt. Da Patient*innen mit Herzinsuffizienz auch einem erhöhten Risiko für den plötzlichen Herztod ausgesetzt sind, werden meist Kombinationsgeräte implantiert. Sie verbinden eine Behandlung der Herzinsuffizienz mittels Resynchronisationstherapie und die Prävention des plötzlichen Herztods durch lebensbedrohliche Rhythmusstörungen der Herzkammern (CRT-D-Aggregate).

Im Erfassungsjahr 2022 wurden im stationären Bereich 6.596 (Fall-Range 1 - 462) Herzschrittmacher-Erstimplantationen an 47 hessischen Krankenhäusern abgerechnet (Abb. 3.10.1.1).

¹ implantierter Cardioverter Defibrillator

3.10.1 HSMDEF-HSM

Fallzahlverteilung 2022 - Herzschrittmacher-Implantationen

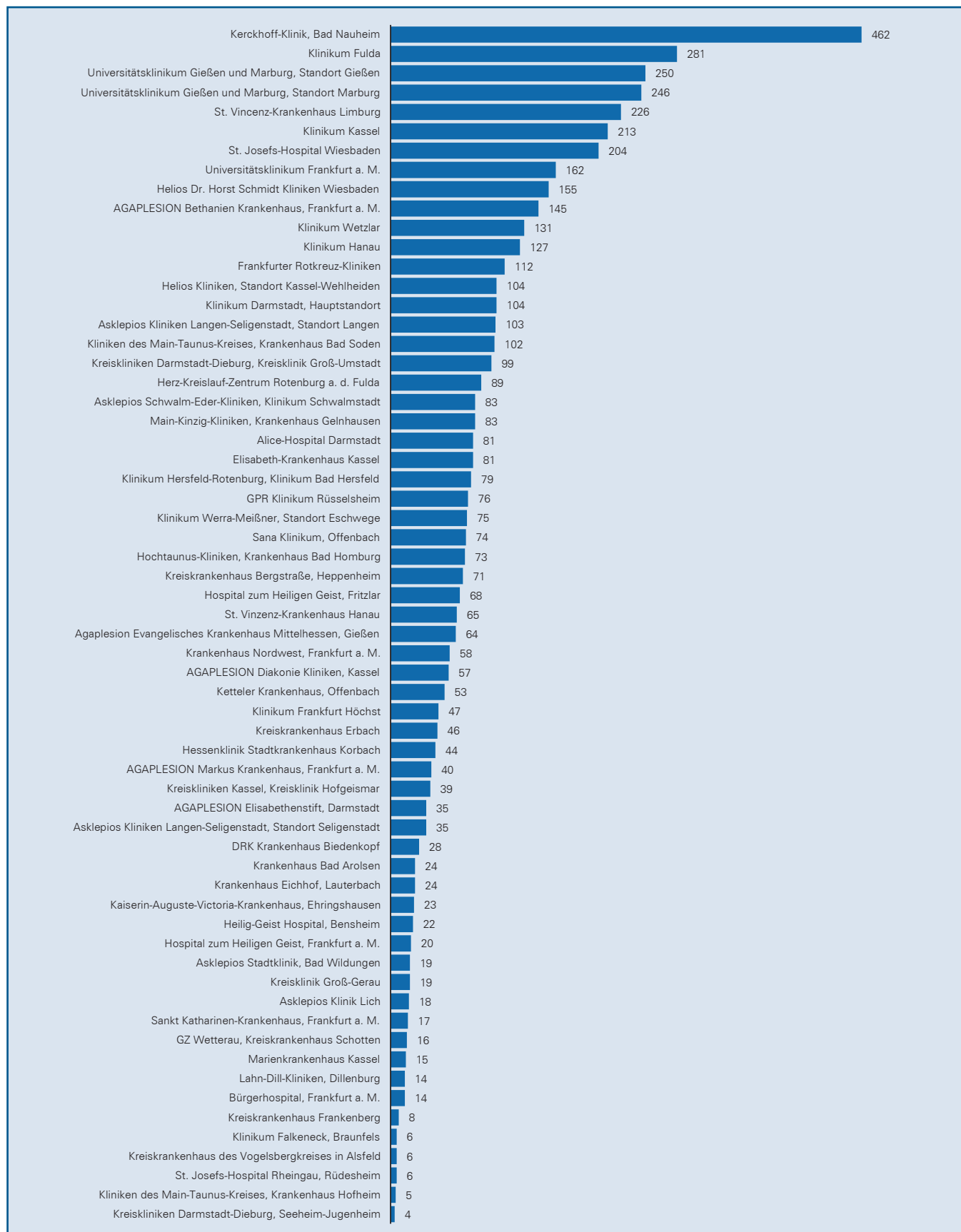


Abb. 3.10.1.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
Erfassungsjahr 2021					
2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	n. d.	99,35 % 60.270 / 60.605	99,29 % 4.108 / 4.132	n. b.
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 2,69	0,99 2.680 / 60.605	0,95 175 / 4.132	n. b.
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 6,34	0,99 240 / 60.133	0,97 16 / 4.093	n. b.
Erfassungsjahr 2022					
101800	Dosis-Flächen-Produkt	≤ 3,11 O / E / N	0,87 4.006 / 4.603 / 72.529 5,52 %	0,73 233 / 318 / 5.030 4,63 %	n. b.
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,6 %	0,91 % 665 / 73.140	0,99 % 50 / 5.044	0,97 % 49 / 5.045
101803	Leitlinienkonforme Indikation	≥ 90 %	96,25 % 69.811 / 72.531	96,42 % 4.818 / 4.997	96,9 % 4.845 / 5.000
102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	n. d.	96,75 % 2.293 / 2.370	96,36 % 159 / 165	97,18 % 138 / 142
2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	n. d.	0,02 % 20 / 111.971	x %* ≤ 3* / 7.633	n. b.
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,38 O / E / N	0,96 1.105 / 1.156 / 73.140 1,51 %	1,1 96 / 87 / 5.044 1,9 %	0,92 83 / 90 / 5.045 1,65 %
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	≥ 60 %	88,55 % 77.817 / 87.879	89,99 % 5.315 / 5.906	89,73 % 5.402 / 6.020
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90 %	95,12 % 253.951 / 266.993	95,75 % 17.938 / 18.734	95,55 % 17.856 / 18.687
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3 %	1,28 % 938 / 73.140	0,87 % 44 / 5.044	1,33 % 67 / 5.045
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	≥ 90 %	99,61 % 66.128 / 66.387	99,54 % 4.573 / 4.594	99,46 % 4.631 / 4.656
54143	Systeme 3. Wahl	n. d.	2,02 % 1.342 / 66.387	1,09 % 50 / 4.594	1,48 % 69 / 4.656
Erfassungsjahr 2022					
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,3 %	0,18 % 27 / 15.063	x %* ≤ 3* / 869	0,51 % 5 / 982
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	≥ 95 %	98,43 % 65.312 / 66.351	98,35 % 4.042 / 4.110	98,72 % 4.237 / 4.292
Erfassungsjahr 2022					
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 3,1 %	1,06 % 97 / 9.135	1,03 % 7 / 678	0,6 % 4 / 669
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 7,25 O / E / N	1,2 197 / 164 / 9.135 2,16 %	1,02 11 / 11 / 678 1,62 %	1,04 12 / 12 / 669 1,79 %
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	≤ 3 %	0,78 % 49 / 6.282	x %* ≤ 3* / 482	1,23 % 6 / 488

Tab. 3.10.1.1 Erfassungsjahr 2021/2022, Hessen/Bund

* Datenschutz

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren aller drei Module des Verfahrens zur Herzschrittmacherversorgung sind in der Tabelle 3.10.1.1 im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt. Insgesamt kamen 14 Qualitätsindikatoren zur Anwendung, zehn im Modul Erstimplantation, zwei für die Aggregatwechsel und drei für das Modul der HSM-Revision.

Bei der Betrachtung der Indikatorergebnisse der Schrittmachereingriffe (Tab. 3.10.1.1) zeigen sich in Hessen insgesamt sehr gute Ergebnisse. Bei den Indikatoren zur Eingriffsdauer und zum Dosis-Flächenprodukt sowie Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden (ID 52139, 101800 und 52305) sind die hessischen Ergebnisse im Vergleich zu den Bundeswerten signifikant besser.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.10.1.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren in den drei Modulen der Schrittmachereingriffe dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren.

Die zahlenmäßig häufigsten Abweichungen vom Referenzwert fanden sich beim Indikator zu Sondenproblemen bei Schrittmacherimplantationen (ID 52311). Hier wurden, wie auch beim entsprechenden Indikator bei den Schrittmacher-Revisionen (ID 52315) die Krankenhausstandorte, bei denen diese Abweichung statistisch signifikant war, um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. Diese mussten dann auch in der überwiegenden Mehrzahl als qualitativ auffällig bewertet werden. In vier Fällen wurden Maßnahmen der Stufe 1 gemäß § 17 Absatz 3 Teil 1 DeQS-RL vereinbart. Auch beim Indikator 52307 wurden mit drei Leistungserbringern Maßnahmen Stufe 1 festgelegt.

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

	ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahmeverfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
					Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
HSM-IMPL	101800*	65	3	2	2	-	-	-	1
	101801*	65	8	5	1	4	-	-	-
	101803*	65	1	1	-	-	-	1	-
	102001*	36	-	-	-	-	-	-	-
	2191*	3	-	-	-	-	-	-	-
	2194*	66	8	4	2	2	-	-	2
	2195*	66	3	3	-	3	-	-	-
	51191*	65	4	1	-	1	-	-	-
	52139*	65	2	1	-	1	-	-	-
	52305*	65	7	2	1	-	-	1	-
	52311*	65	9	7	5	2	-	-	4
	54140*	65	-	-	-	-	-	-	-
	54143*	1	-	-	-	-	-	-	-
HSM-AGGW	111801*	57	2	-	-	-	-	-	-
	52307*	65	6	4	3	-	1	-	3
HSM-REV	121800*	52	3	1	-	1	-	-	-
	51404*	52	1	1	-	1	-	-	-
	52315*	52	2	1	-	1	-	-	-
	Summe		59	33	14	16	1	2	10

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.10.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Auffälligkeitskriterien

Insbesondere wurde in Volume-Outcome-Analysen aus den Daten mehrerer Jahre ein „deutlicher signifikanter Zusammenhang zwischen der Fallzahl je Krankenhausstandort und der Rate an Sondenkomplikationen“ festgestellt¹. Auch in Hessen haben in diesem Indikator auffällige Kliniken eher niedrige Fallzahlen.

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.10.1.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (AKs zu Über- und Unterdokumentation und zum Minimaldatensatz) und auch plausibel und vollständig (IDs 813070, 813071 und 850339) erfasst wurden. Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
HSM-IMPL	813070	Häufig führendes Symptom 'sonstiges'	≤ 3,2 %	0,76 % 555 / 73.140	0,77 % 39 / 5.044
	813071	Häufig führende Indikation 'sonstiges'	≤ 3,7 %	0,83 % 609 / 73.140	0,93 % 47 / 5.044
	813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	99,72 % 62.734 / 62.908	98,87 % 4.276 / 4.325
	850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,55 % 73.235 / 72.836	99,59 % 5.046 / 5.067
	850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,55 % 73.235 / 72.836	99,59 % 5.046 / 5.067
	850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,13 % 95 / 72.836	x %* ≤ 3* / 5.067
HSM-AGGW	813073	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	101,29 % 13.069 / 12.902	100,41 % 741 / 738
	850164	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	101,97 % 15.070 / 14.779	101,05 % 870 / 861
	850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	101,97 % 15.070 / 14.779	101,05 % 870 / 861
	850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,05 % 7 / 14.779	x %* ≤ 3* / 861
HSM-REV	850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	≤ 10,54 %	2,71 % 156 / 5.754	2,55 % 11 / 431
	813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,34 % 7.963 / 7.936	99,65 % 568 / 570
	850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,75 % 9.183 / 9.115	100,29 % 680 / 678
	850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,75 % 9.183 / 9.115	100,29 % 680 / 678
	850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,53 % 48 / 9.115	x %* ≤ 3* / 678

Tab. 3.10.1.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

* Datenschutz

¹ https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2022_2022-10-28.pdf

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

					Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
	ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
HSM-IMPL	813070	65	1	1	1	-	-
	813071	65	4	4	4	-	-
	813072	72	2	2	2	-	-
	850097	73	4	4	4	-	-
	850098	73	-	-	-	-	-
	850217	73	-	-	-	-	-
HSM-AGGW	813073	56	-	-	-	-	-
	850164	58	1	1	1	-	-
	850165	58	1	1	1	-	-
	850218	58	-	-	-	-	-
HSM-REV	813074	53	-	-	-	-	-
	850166	54	1	1	1	-	-
	850167	54	-	-	-	-	-
	850219	54	1	1	-	1	-
	850339	52	1	1	1	-	-
	Summe		16	16	15	1	-

Tab. 3.10.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

durch die LAGQH eingeleitet, die in fast allen Fällen als qualitativ auffällig bewertet werden mussten (siehe Tab. 3.10.1.4).

Fehlen zu viele Fälle (Unterdokumentation), kann nicht sichergestellt werden, dass die Kennzahlen des gesamten Verfahrens korrekt berechnet werden. Werden hingegen beispielsweise zu häufig „sonstige“ statt konkreter Angaben in bestimmten Datenfeldern gemacht, können einzelne Kennzahlen nicht korrekt berechnet werden.

3.10.2 HSMDEF-DEF

Fallzahlverteilung 2022 - Defibrillatoren Implantationen

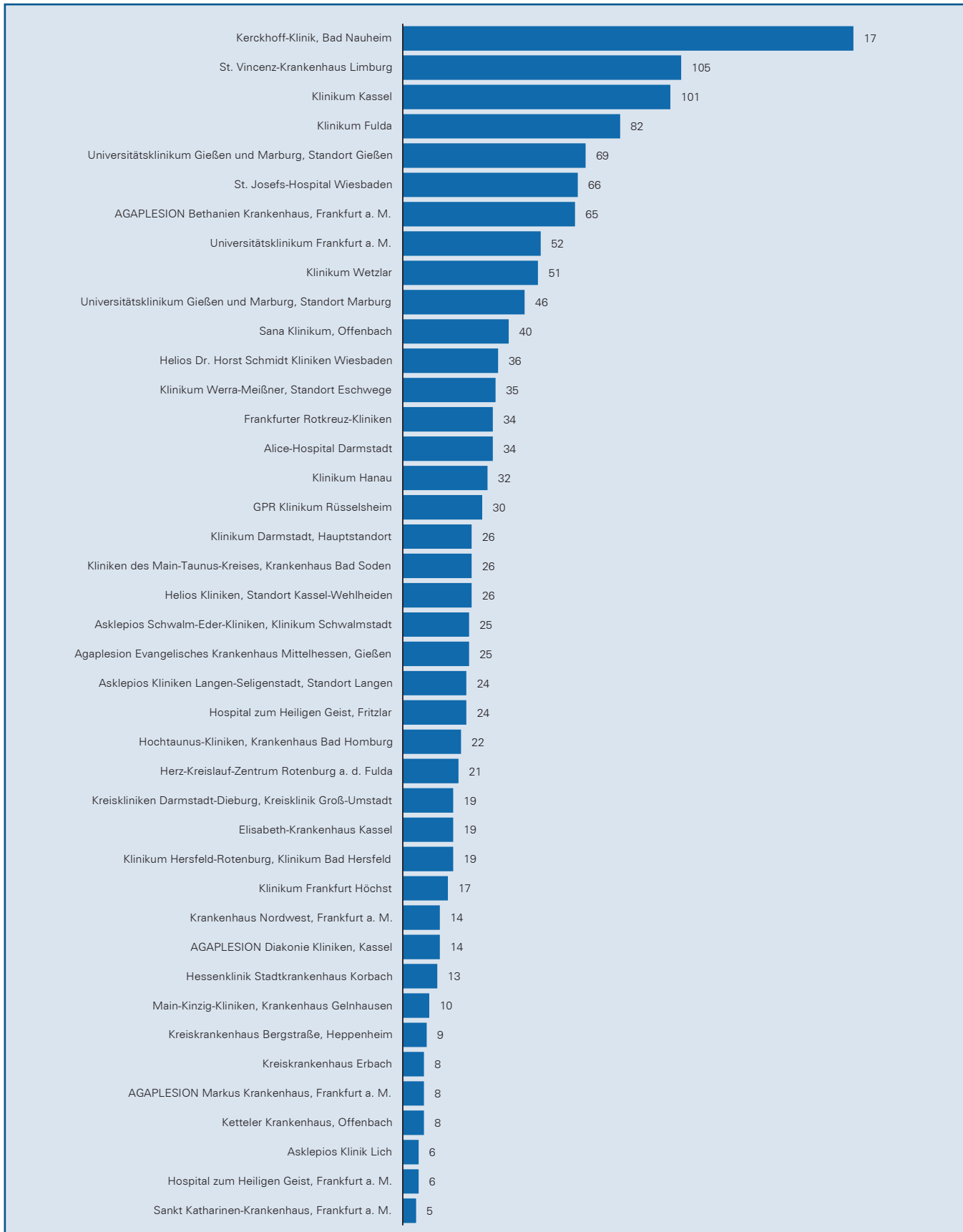


Abb. 3.10.2.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
DEFI-IMPL	Erfassungsjahr 2022					
	131801	Dosis-Flächen-Produkt	≤ 2,35 O / E / N	0,72 1.376 / 1.899 / 18.637 7,38 %	0,78 111 / 141 / 1.396 7,95 %	0,62 92 / 148 / 1.443 6,38 %
	131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,5 %	0,87 % 174 / 19.968	0,82 % 12 / 1.464	0,99 % 15 / 1.516
	132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	n. d.	99,22 % 15.995 / 16.109	99,08 % 1.187 / 1.196	95,48 % 528 / 553
	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	≥ 90 %	97,72 % 19.429 / 19.882	97,88 % 1.433 / 1.464	97,75 % 1.479 / 1.513
	50055	Leitlinienkonforme Indikation	n. d.	92,31 % 18.432 / 19.968	91,05 % 1.333 / 1.464	91,42 % 1.386 / 1.516
	51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 6,48 O / E / N	1,17 142 / 121 / 19.968 0,71 %	0,98 9 / 9 / 1.464 0,61 %	0,98 10 / 10 / 1.516 0,66 %
	52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	≥ 60 %	91,85 % 26.345 / 28.682	93,35 % 1.922 / 2.059	93,52 % 2.051 / 2.193
	52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90 %	96,17 % 63.002 / 65.511	97,16 % 4.830 / 4.971	96,61 % 5.076 / 5.254
	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3 %	0,89 % 166 / 18.737	1,15 % 16 / 1.397	0,97 % 14 / 1.446
	Erfassungsjahr 2021					
	132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 2,65	1 617 / 16.109	1,08 51 / 1.196	n. b.
	132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 5,03	1 109 / 16.007	1,62 13 / 1.188	n. b.
	132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	n. d.	95,95 % 6.660 / 6.941	95,64 % 483 / 505	n. b.
DEFI-AGGW	Erfassungsjahr 2022					
	141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 3,8 %	0,19 % 19 / 10.031	0,45 % 3 / 662	0,4 % 3 / 750
	52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	≥ 95 %	98,81 % 54.143 / 54.793	98,93 % 3.875 / 3.917	99,05 % 4.483 / 4.526
DEFI-REV	Erfassungsjahr 2022					
	151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,9 %	1,33 % 92 / 6.938	1,2 % 6 / 502	1,01 % 6 / 595
	51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 5,13 O / E / N	1,05 150 / 143 / 6.938 2,16 %	1,38 16 / 12 / 502 3,19 %	1,51 17 / 11 / 595 2,86 %
	52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	≤ 3 %	0,54 % 28 / 5.143	x %* ≤ 3* / 376	x %* ≤ 3* / 440

Tab. 3.10.2.1 Erfassungsjahr 2021/2022, Hessen/Bund

* Datenschutz

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Indikatorergebnisse der Defibrillatoreingriffe (Tab. 3.10.2.1) zeigt sich in Hessen ein ähnliches Bild wie bei den Schrittmachereingriffen: Auch hier ergeben sich bei den Indikatoren zur Eingriffsdauer und Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden (ID 52131 und 52316) im Vergleich zu den Bundeswerten signifikant bessere Ergebnisse. Bei den Indikatoren zu eingriffsbezogenen Komplikationen zeigen sich ebenfalls im Vergleich zum Bundesergebnis rechnerisch etwas bessere Ergebnisse (ID 52325 und 141800). Die Ergebnisse der Indikatoren ID 131802 und 151800 fielen etwas schlechter aus, dies aber auf einem jeweils dennoch sehr guten Niveau.

Stellungnahmeverfahren

Die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren in den drei Modulen der Defibrillatoreingriffe sind in Tabelle 3.10.2.2 dargestellt. Analog zu den Herzschrittmachereingriffen wurden auch hier nicht zu jeder rechneri-

schen Auffälligkeit auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Bei fast allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren in den entsprechenden neun Indikatoren zeigten sich keine medizinisch-qualitativen Auffälligkeiten. Lediglich eine qualitative Auffälligkeit fand sich bei dem Indikator ID 131801 (Dosis-Flächen-Produkt). Hier zeigten sich teilweise Probleme mit mangelnder Routine bei neu angeleitetem Personal.

Auffälligkeitskriterien

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 3.10.2.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (Über- bzw. Unterdokumentation, Minimaldatensatz) und auch plausibel und vollständig (IDs 850313 und 851904) erfasst wurden. Hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.10.2.4).

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

	ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahmeverfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
					Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
DEFI-IMPL	131801*	49	4	2	1	1	-	-	1
	131802*	49	6	2	-	2	-	-	-
	132000*	3	-	-	-	-	-	-	-
	132001*	52	8	2	-	2	-	-	-
	132002*	52	3	1	-	1	-	-	-
	132003*	10	-	-	-	-	-	-	-
	50005*	49	1	-	-	-	-	-	-
	51186*	49	2	2	-	2	-	-	-
	52131*	53	2	1	-	1	-	-	-
	52316*	51	1	-	-	-	-	-	-
52325*	49	8	3	-	3	-	-	-	
DEFI-AGGW	141800*	46	2	-	-	-	-	-	-
	52321*	54	4	2	-	1	1	-	-
DEFI-REV	151800*	41	-	-	-	-	-	-	-
	51196*	41	5	3	-	3	-	-	-
	52324*	41	-	-	-	-	-	-	-
	Summe		46	18	1	16	1	-	1

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.10.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

	ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
DEFI-IMPL	850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	≤ 3,45 %	0,65 % 129 / 19.968	0,68 % 10 / 1.464
	850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,63 % 19.980 / 19.855	100,21 % 1.464 / 1.461
	850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,63 % 19.980 / 19.855	100,21 % 1.464 / 1.461
	850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,06 % 12 / 19.855	0 % 0 / 1.461
	851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	99,58 % 17.323 / 17.396	99,68 % 1.235 / 1.239
DEFI-AGGW	850195	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,83 % 10.032 / 9.949	99,85 % 662 / 663
	850196	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,83 % 10.032 / 9.949	99,85 % 662 / 663
	850221	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	x %* ≤ 3* / 9.949	0 % 0 / 663
	851802	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,08 % 8.842 / 8.835	99,33 % 589 / 593
DEFI-REV	851904	Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	≤ 23,84 %	11,06 % 767 / 6.938	14,14 % 71 / 502
	850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,97 % 6.956 / 6.889	100,8 % 504 / 500
	850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,97 % 6.956 / 6.889	100,8 % 504 / 500
	850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,26 % 18 / 6.889	x %* ≤ 3* / 500
	851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,2 % 6.062 / 6.050	100,92 % 438 / 434

Tab. 3.10.2.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

	ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
					Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
DEFI-IMPL	850193	53	-	-	-	-	-
	850194	53	1	1	1	-	-
	850220	53	-	-	-	-	-
	850313	49	-	-	-	-	-
	851801	53	1	1	1	-	-
DEFI-AGGW	850195	46	-	-	-	-	-
	850196	46	1	1	1	-	-
	850221	46	-	-	-	-	-
	851802	46	-	-	-	-	-
DEFI-REV	850197	41	-	-	-	-	-
	850198	41	-	-	-	-	-
	850222	41	-	-	-	-	-
	851803	40	-	-	-	-	-
	851904	41	1	1	1	-	-
	Summe		4	4	4	-	-

Tab. 3.10.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

* Datenschutz

3.11 QS PM - Perinatalmedizin

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Prof. Dr. F. Bahlmann	Bürgerhospital Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau Dr. C. Eggert	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Dr. G. Frey	Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	Krankenhäuser
Herr Prof. Dr. F. Louwen	Universitätsklinikum Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau Dr. M. Manz (bis 31.12.2023)	Klinikum Darmstadt	Krankenhäuser
Frau Dr. H. Rockstroh	Asklepios Klinik Langen	Krankenhäuser
Herr PD Dr. L. Schrod	Klinikum Frankfurt Höchst	Krankenhäuser
Frau A. van Even	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen

Expert*in	Institution/Ort (Funktion)
Herr Dr. K. Doubek	Wiesbaden (Berufsverband der Frauenärzte e.V.)
Herr Prof. Dr. R. Maier	Marburg
Frau A. Thöle	Helios Dr. Horst Schmidt Klinik Wiesbaden (Hebamme)

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
3	20.06.2023
4	04.10.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. F. Woernle	Frau L. Schultheiß

Einleitung

Im QS-Verfahren „Perinatalmedizin“ (QS PM) wird zum einen die medizinische Betreuung sowohl der Mutter als auch des Kindes während der Geburt betrachtet (Geburtshilfe), zum anderen die behandlungsbedürftigen Neu- und Frühgeborener (Neonatologie).

Die gesetzliche Qualitätssicherung, wie wir sie heute kennen, hat ihren Ursprung in der Münchner Perinatalstudie, die bereits in den 1970er Jahren auf freiwilliger Basis durchgeführt wurde, um Unterschieden im Outcome von Neugeborenen nachzugehen.

Wie auch schon bis einschließlich 2020 (QSKH-RL) werden die beiden Module zur Geburtshilfe (PM-GEBH) und zur Neonatologie (PM-NEO) getrennt erfasst: In der Geburtshilfe sind dies alle Geburten, die an einem Krankenhaus in Deutschland als stationäre oder ambulante Entbindung stattfinden. Geburten außerhalb der Krankenhäuser, wie z.B. in Geburts-

häusern, werden hier nicht betrachtet. In der Neonatologie sind es behandlungsbedürftige Neugeborene, beispielsweise mit einem geringen Geburtsgewicht, mit schwerwiegenden Erkrankungen oder mit der Notwendigkeit einer Beatmung.

Im Jahr 2022 wurden in Hessen von 43 Krankenhausstandorten insgesamt 52.395 Fälle (Fall-Range: 261– 4.209) aus der Geburtshilfe und von 30 Krankenhausstandorten insgesamt 7.377 Fälle (Fall-Range: 1 – 1.002) aus dem Bereich der Neonatologie erfasst (Abb. 3.11.1.1 und 3.11.2.1). Dabei ist zu beachten, dass in bestimmten Situationen neonatologische Fälle auch von geburtshilflichen Kliniken ohne angeschlossene Neonatologie dokumentiert werden müssen.

3.11.1 PM-GEBH

Fallzahlverteilung 2022 - (Entlassungsdatum 01.01.-31.12.2022)

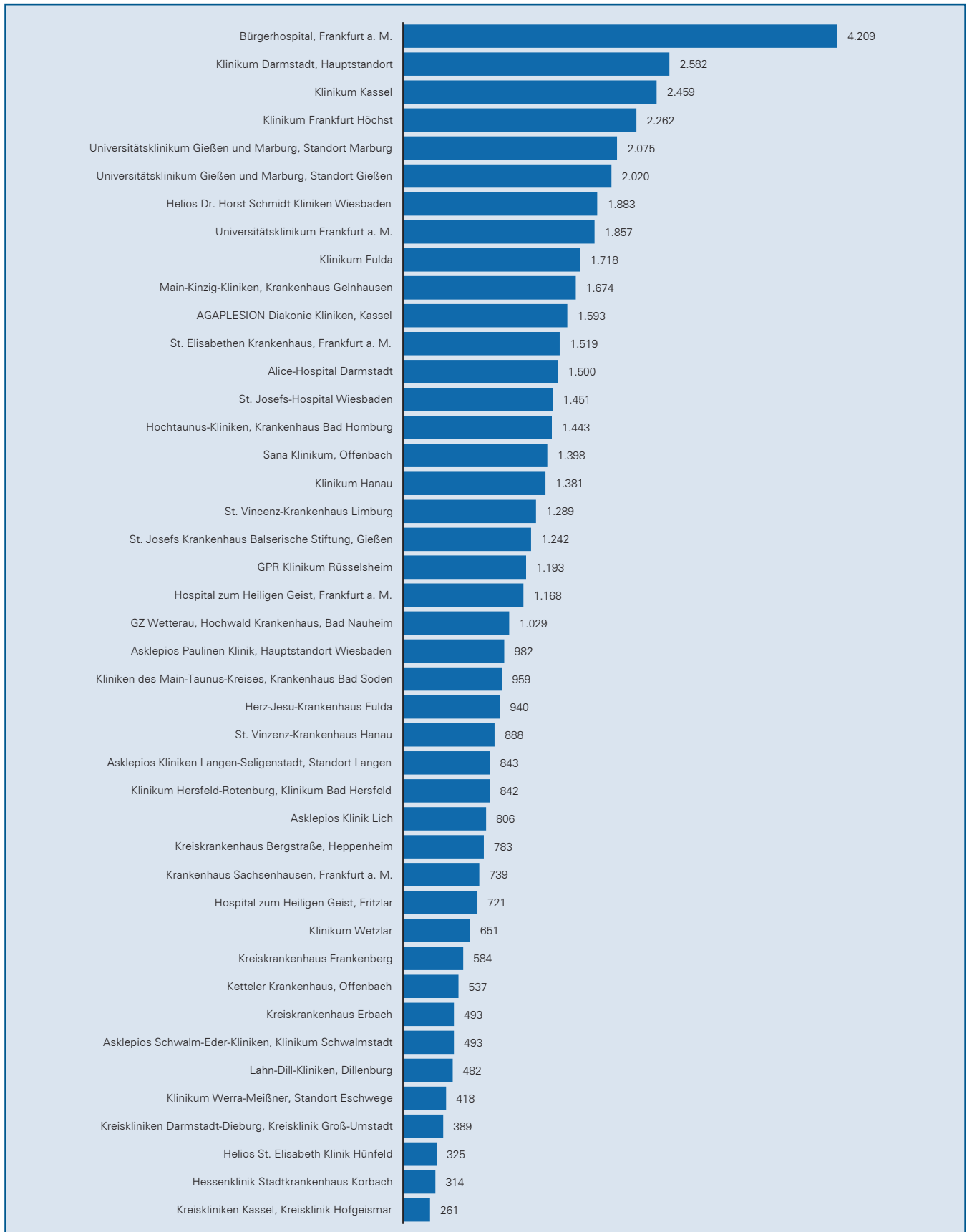


Abb. 3.11.1.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Qualitätsindikatoren im Verfahren Geburtshilfe (Tab. 3.11.1.1) zeigen in Hessen insgesamt gute Ergebnisse. Dabei sind die Ergebnisse bei den Prozessindikatoren zur Durchführung der Lungenreifeinduktion (ID 330) und der Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittgeburten (ID 50045) signifikant besser als im Bundesdurchschnitt. Auch bei den Ergebnisindikatoren zum kindlichen Outcome (ID 51831 und 51803) zeigt sich ein besseres Ergebnis in Hessen als im Bund, wenn auch nicht statistisch signifikant.

Dahingegen ist die risikoadjustierte Sectorate (ID 52249) in Hessen signifikant höher (=schlechter) als im Bundesdurchschnitt.

Ohne Referenzwert sind die Kennzahlen zur Müttersterblichkeit (ID 331) und erstmalig auch zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe (ID 182010, 182011 und 182014) ausgewiesen. Auffällig ist dabei, dass fast 9 % der Kinder, die in Geburtskliniken (also Kliniken ohne (kooperierende) Kinderklinik) zur Welt kamen,

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
330*	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95 %	96,8 % 6.269 / 6.476	x %* ≤ 3* / 858	x %* ≤ 3* / 862
50045*	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90 %	99,01 % 226.814 / 229.072	99,44 % 17.716 / 17.816	99,44 % 18.312 / 18.415
52249	Kaiserschnittgeburt	≤ 1,26 O / E / N	1,03 227.352 / 219.726 / 702.514	1,09 17.673 / 16.187 / 52.129	1,05 18.251 / 17.355 / 55.611
1058*	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	≤ 0 %	0,21 % 20 / 9.745	0,23 % 2 / 858	0,12 % 1 / 862
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	≤ 4,4 O / E / N	1,06 301 / 284 / 39.637	1,07 21 / 20 / 2.871	0,97 19 / 20 / 3.016
318*	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90 %	96,85 % 21.063 / 21.749	94,5 % 1.599 / 1.692	97,47 % 1.692 / 1.736
51803*	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32 O / E / N	1,01 4.671 / 4.646 / 658.350	1,06 363 / 341 / 48.928	0,97 351 / 364 / 52.276
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	≤ 3,2 O / E / N	0,89 543 / 612 / 474.861	0,74 33 / 45 / 34.410	0,79 38 / 48 / 37.339
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	n. d.	0 % 30 / 707.621	0 % 2 / 52.506	0,01 % 8 / 56.031
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	n. d.	0,19 % 138 / 70.771	0,3 % 5 / 1.694	0,36 % 6 / 1.665
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	n. d.	2,95 % 2.415 / 81.972	2,51 % 92 / 3.671	2,26 % 85 / 3.757
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	n. d.	9,2 % 21.264 / 231.214	8,98 % 2.021 / 22.508	8,72 % 2.182 / 25.031

Tab. 3.11.1.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

* Datenschutz

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
1058*	43	4	2	1	1	-	-	-
181800*	43	3	-	-	-	-	-	-
318*	43	9	8	4	4	-	-	-
330*	43	4	4	2	2	-	-	2
50045*	43	-	-	-	-	-	-	-
51803	43	2	2	2	-	-	-	2
51831*	43	1	1	1	-	-	-	1
52249*	43	8	8	8	-	-	-	5
Summe		31	25	18	7	-	-	10

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.11.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

dort gemäß der in der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL festgelegten Zuweisungskriterien nicht hätten geboren werden dürfen (QI-ID 182014).

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.11.1.2 sind die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren im Leistungsbereich QS PM-GEBH dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission hat zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen dazu getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren. Zusätzlich ist im Leistungsbereich PM-GEBH zu beachten, dass die Indikatoren 330, 50045, 1058, 318 und 51803 als planungsrelevante Indikatoren (plan. QI-RL) festgelegt sind. Dies bedeutet auch, dass bei statistisch signifikanten Abweichungen vom Referenzwert ein Stellungnahmeverfahren über das IQTIG auf Bundesebene geführt wird (siehe Kapitel 4).

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten fanden sich beim planungsrelevanten Indikator zur Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten (ID 318). Hier wurden alle (rechnerisch aber nicht signifikant) auffälligen Krankenhausstandorte um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten, sofern das Stellungnahmeverfahren nicht vom IQTIG (im Rahmen des Plan-QI-Verfahrens) durchgeführt wurde. Es zeigten sich dabei in der Hälfte

der angefragten Kliniken prozessuale Schwierigkeiten bei der Einhaltung der geforderten o. g. Zuweisungs- bzw. Weiterverlegungskriterien nach QFR-RL. Mit einer Klinik wurde – wegen fortbestehender Auffälligkeiten in diesem Indikator – ein Kollegiales Gespräch durchgeführt. Hierbei wurde auch die neu eingeführte Kennzahl 182014 zu Kindern, die nicht in einer reinen Geburtsklinik hätten zur Welt kommen dürfen, berücksichtigt. Ein weiteres Kollegiales Gespräch fand statt zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (ID 51803).

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	≤ 2,58 %	0,79 % 5.191 / 657.464	0,62 % 305 / 48.890
850224	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0	0,42% 41 / 9.745	x % ≤ 3* / 858
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,28 % 708.027 / 706.051	100,25 % 52.525 / 52.395
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,28 % 708.027 / 706.051	100,25 % 52.525 / 52.395
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,06 % 406 / 706.051	0,04 % 19 / 52.395

Tab. 3.11.1.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
850081	43	-	-	-	-	-
850082	43	-	-	-	-	-
850224	43	1	1	1	-	-
850226	43	-	-	-	-	-
850318	43	3	3	-	3	-
Summe		4	4	1	3	-

Tab. 3.11.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Auffälligkeitskriterien

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien (AKs) sind in Tabelle 3.11.1.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850082 und 850226) und auch plausibel und vollständig (IDs 850318 und 850224) erfasst wurden. Auch hier wurden bei Abweichungen vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.11.1.4).

Eine fehlerhafte Dokumentation war Ursache für die Auffälligkeit im AK 850224, bei dem geprüft wird, ob zu häufig die zur Berechnung von zwei Qualitätsindikatoren (51831 und 51803) notwendigen Angaben zur

Zustandsdiagnostik des Neugeborenen fehlen. Hier hatte eine Klinik in relevanter Zahl keine Angaben zum 5-Minuten-Apgar oder zur Blutgas-Analyse aus der Nabelschnurarterie gemacht.

Dass über Auffälligkeitskriterien erfasste Fehldokumentationen bisher keinerlei weitere Konsequenzen (wie beispielsweise Veröffentlichung im Qualitätsbericht oder entsprechend negative Bewertung betroffener Qualitätsindikatoren) haben, ist hier kritisch anzumerken.

3.11.2 PM-NEO

Fallzahlverteilung 2022

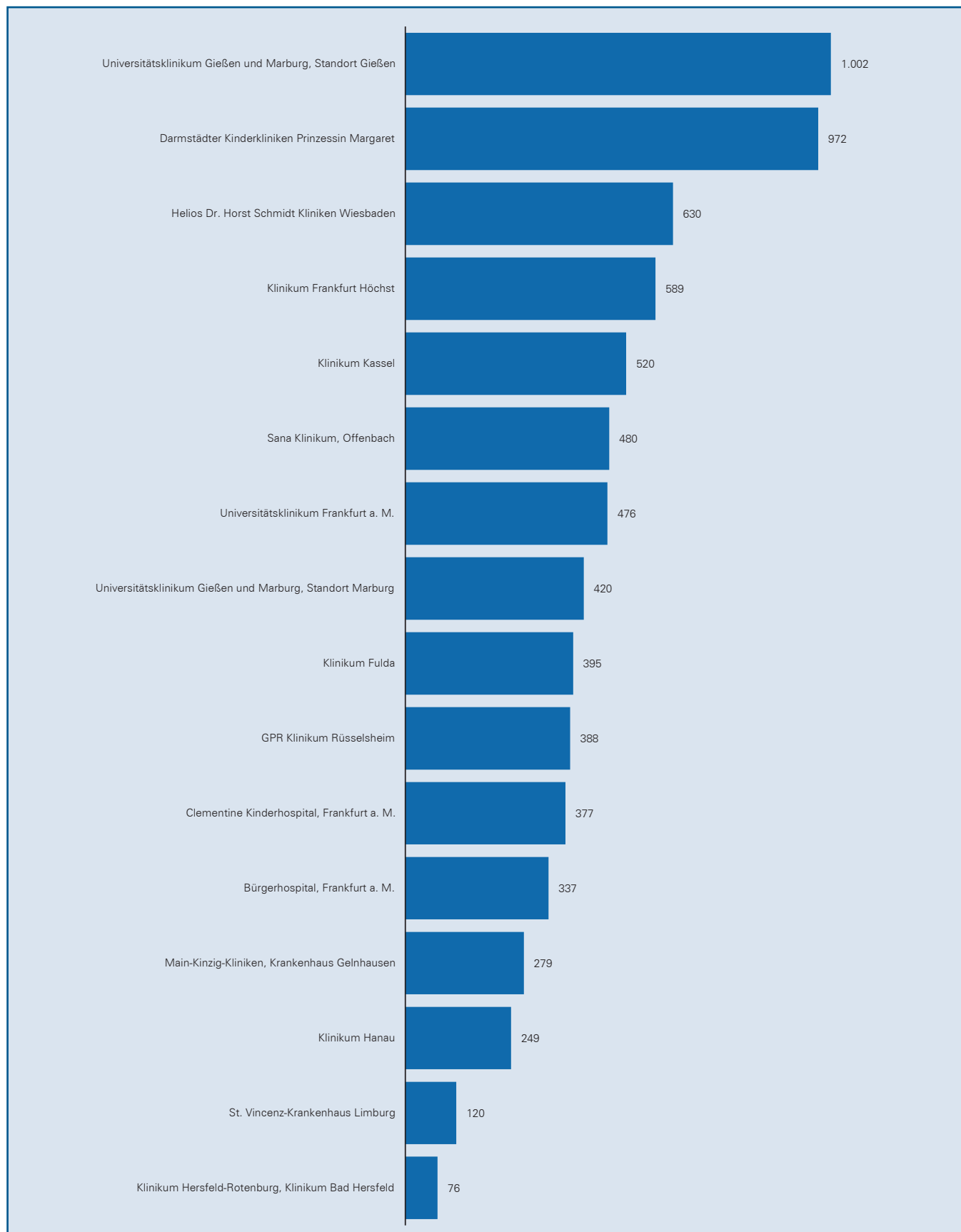


Abb. 3.11.2.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 50

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Die Indikatorergebnisse (Tab. 3.11.2.1) zeigen in Hessen sehr gute Ergebnisse, sie sind annähernd gleich oder besser als im Bund, wenn auch nicht statistisch signifikant.

Der risikoadjustierte Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) setzt sich rechnerisch zusammen aus einer Reihe von Transparenzkennzahlen (ohne Referenzbereich), die hier nicht aufgeführt sind. Dabei werden Zahlen zur Sterblichkeit sowie zu typischen Komplikationen bei Frühgeborenen erfasst (Hirnblutungen, nekrotisierende Enterokolitis, periventrikuläre Leukomalazie, bronchopulmonale Dysplasie und höhergradige Retinopathie).

nahmeverfahren im Leistungsbereich QS PM-NEO dargestellt. Nicht zu jeder rechnerischen Auffälligkeit wurde auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Fachkommission (siehe Tab. 3.11.2.2) hat zu jedem einzelnen Indikator Festlegungen dazu getroffen, in welchen Fällen Stellungnahmen von rechnerisch auffälligen Klinikstandorten anzufordern waren.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten fanden sich bei dem Indikator zur Sterblichkeit (QI-ID 51070). Dieser Indikator ist als Sentinel-Event-Indikator ausgewiesen, sodass hier alle auffälligen Krankenhausstandorte um die Abgabe einer Stellungnahme zu jedem einzelnen Fall gebeten wurden. Es zeigten sich dabei in keinem Fall qualitative Mängel, sondern es handelte sich um jeweils schicksalhafte Verläufe, die nicht der behandelnden Klinik zuzuschreiben waren.

Stellungnahmeverfahren

In Tabelle 3.11.2.2 sind die Ergebnisse der Stellung-

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
50060	Nosokomiale Infektion	≤ 2,92 O / E / N	1,04 963 / 930 / 77.829 1,24 %	0,96 67 / 70 / 5.573 1,2 %	1,01 59 / 59 / 5.900 1 %
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	≤ 2,68 O / E / N	1,02 865 / 847 / 32.952 2,63 %	0,73 43 / 59 / 2.267 1,9 %	0,73 39 / 53 / 2.102 1,86 %
50063	Durchführung eines Hörtests	≥ 95 %	98,18 % 85.661 / 87.253	97,49 % 6.524 / 6.692	98,44 % 6.989 / 7.100
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	≤ 2,5 O / E / N	0,98 397 / 406 / 9.879 4,02 %	0,8 25 / 31 / 712 3,51 %	0,73 17 / 23 / 592 2,87 %
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 2,13 O / E / N	1,03 2.723 / 2.641 / 80.362 3,39 %	0,92 187 / 203 / 6.205 3,01 %	0,95 205 / 215 / 6.686 3,07 %
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 0 %	0,21 % 170 / 80.081	0,16 % 10 / 6.215	0,13 % 9 / 6.720
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	≤ 1,79 O / E / N	1 1.127 / 1.131 / 9.923 11,36 %	0,88 78 / 89 / 712 10,96 %	0,9 59 / 66 / 594 9,93 %
52262	Zunahme des Kopfumfangs	≤ 19,49 %	9,79 % 1.231 / 12.575	8,5 % 87 / 1.024	6,19 % 57 / 921

Tab. 3.11.2.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
50060*	25	1	1	-	1	-	-	-
50062*	25	-	-	-	-	-	-	-
50063*	25	3	3	-	3	-	-	-
50069*	25	1	1	1	-	-	-	1
50074*	25	1	1	1	-	-	-	1
51070*	25	7	7	-	7	-	-	-
51901*	25	2	2	1	1	-	-	1
52262*	25	1	1	-	1	-	-	-
Summe		16	16	3	13	-	-	3

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.11.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Auffälligkeitskriterien

Die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien (AKs) sind in Tabelle 3.11.2.3 dargestellt. Hierbei wird nicht die medizinische Versorgungsqualität betrachtet, sondern die Dokumentationsqualität, ob also alle Fälle vollzählig (IDs 850200 und 850208) und auch plausibel und vollständig erfasst wurden. Auch hier wurden bei Abweichungen

vom Referenzwert (= rechnerische Auffälligkeiten) Stellungnahmeverfahren durch die LAGQH eingeleitet (siehe Tab. 3.11.2.4.

Ein besonderes Augenmerk lag auf dem AK 851813, bei dem geprüft wird, ob „schwere oder letale angeborene Erkrankungen“ angegeben wurden, obwohl sich

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	≤ 3,56 %	0,99 % 907 / 91.937	0,5 % 35 / 6.996
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	≤ 3,37 %	0,76 % 100 / 13.237	x %* ≤ 3* / 1.057
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICDE-Diagnose dokumentiert	0	12,23 % 34 / 278	16,82 % 623 / 3.703
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	≤ 80 %	60,72 % 609 / 1.003	57,14 % 48 / 84
852001	Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	≤ 70,43 %	42,97 % 2.042 / 4.752	36,16 % 128 / 354
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	100,86 % 97.244 / 96.411	100,15 % 7.388 / 7.377
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	100,86 % 97.244 / 96.411	100,15 % 7.388 / 7.377
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,74 % 716 / 96.411	0,64 % 47 / 7.377

Tab. 3.11.2.3 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
850199	31	1	1	1	-	-
850200	31	-	-	-	-	-
850206	25	1	1	1	-	-
850207	25	-	-	-	-	-
850208	31	1	1	1	-	-
851813	25	4	4	3	1	-
851902	25	1	1	-	1	-
852001	25	-	-	-	-	-
Summe		8	8	6	2	-

Tab. 3.11.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

dazu keine entsprechenden ICD-Diagnosen in den Abrechnungsdaten finden. Dies ist von besonderer Wichtigkeit, da diese Fälle aufgrund der Rechenregeln aus sämtlichen Qualitätsindikatoren und anderen Kennzahlen ausgenommen werden. Die Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren zu diesem Auffälligkeitskriterium sollen dem IQTIG dazu dienen, das Verfahren entsprechend anzupassen und weiterzuentwickeln.

3.12 QS HGV

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Prof. Dr. G. Köster	Schön-Klinik Lorsch	Krankenhäuser
Herr Dr. M. T. Kremer	ATOS Klinik, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau Dr. F. Lehr	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Dr. J. Pichl	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr S. Ritter	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Prof. Dr. S. Ruchholtz	Universitätsklinikum Marburg	Krankenhäuser
Herr Dr. M. Schneider	St. Josefs-Hospital Wiesbaden	Krankenhäuser

Expert*in	Institution/Ort (Funktion)
Frau Dr. S. Mai	Kassel

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
3	26.06.2023
4	18.10.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau A. Meister

Einleitung

Gegenstand des Verfahrens 14 - Hüftgelenksversorgung - sind Erstimplantationen von Hüftendoprothesen, Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel sowie ausschließlich osteosynthetisch versorgte isolierte Schenkelhals-Frakturen und pertrochantäre Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen bei Patient*innen ab 18 Jahren.

Das Verfahren soll gemäß DeQS-RL insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- Indikationsstellung
- Peri- und postoperative Komplikationen
- Prozessqualität
- Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung
- Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

Aktuell besteht das Verfahren noch aus zwei Modulen, die hüftgelenksnahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) und die Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP). Bei dem Modul HGV-HEP werden die frakturbedingten Hüftendopro-

thesenimplantationen, die elektiven Hüftendoprothesenerstimplantationen sowie die Prothesenwechsel betrachtet.

Die Fallzahlen lagen in 2022 bei knapp 24 Tsd. Eingriffen, davon ca. 40 % frakturbedingte Eingriffe, 55 % elektive Erstimplantationen sowie 5 % Wechsel-Operationen. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der Eingriffe um ca. 10 % erhöht. Betroffen hierbei sind sowohl die frakturbedingten Operationen als auch die elektiven Erstimplantationen. Bei den geplanten HEP könnte dies noch durch ein Nachholeffekt nach Corona begründet sein.

Fallzahlen Hessen

Eingriffe	Fallzahlen	
	2021	2022
Osteosynthetisch versorgte Femurfrakturen	3.999	4.316
Hüftendoprothesen:		
- hüftgelenksnahe Femurfrakturen	4.410	5.019
- elektive Erstimplantationen	11.896	13.092
- Wechseloperationen	1.220	1.215
Summe	21.525	23.642

Tab. 3.12.1 Quelle IQTIG

3.12.1 HGV-OSFRAK

Fallzahlverteilung 2022

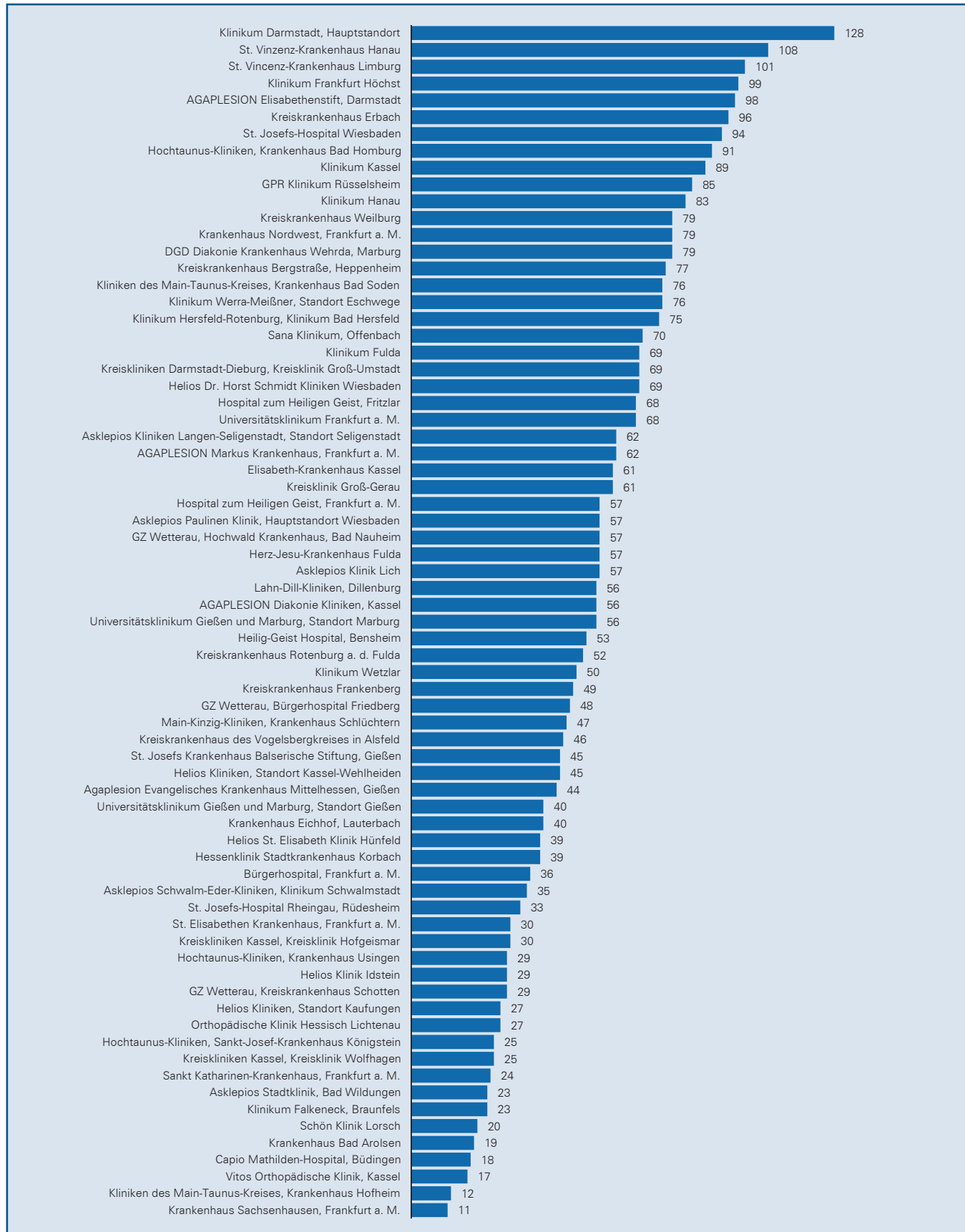


Abb. 3.12.1.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmedatum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Für die osteosynthetisch versorgten Femurfrakturen werden insgesamt fünf Qualitätsindikatoren berechnet (siehe Tab. 3.12.1.1). Sowohl bei den Prozessindikatoren (Präoperative Verweildauer (ID 54030) und Sturzprophylaxe (ID 54050)) als auch bei den Ergebnisindikatoren (Gehunfähigkeit (ID 54033), Spezifische und Allgemeine Komplikationen (ID 54029, 64042)) ist das hessische Ergebnis besser als der Bundesdurchschnitt. Bei den Indikatoren zu den Allgemeinen Komplikationen und der Sturzprophylaxe ist der Unterschied sogar signifikant. Gegenüber dem Vorjahr haben sich die Ergebnisse in Hessen nur gering verändert, auffällig ist, dass sich erstmals seit vielen Jahren wieder die Rate der Fälle mit präoperativer Verweildauer > 24 h nach Aufnahme (ID 54030) um 1 % leicht erhöht hat.

Stellungnahmeverfahren

Wie bereits in den Vorjahren zeigt der Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) den höchsten Anteil an rechnerisch auffälligen Standorten.

Insgesamt in sieben von 17 Fällen wurde nach dem Stellungnahmeverfahren eine auffällige Bewertung vergeben. Bei vier von acht Kliniken, und damit einem Anteil von 50 % der rechnerisch auffälligen Einrichtungen, wurde nach dem Stellungnahmeverfahren auch ein mutmaßliches Qualitätsdefizit festgestellt. Im Rahmen von Kollegialen Fachgesprächen wurden mit zwei Einrichtungen Zielvereinbarungen zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) und mit einer Einrichtung zu den spezifischen Komplikationen (ID 54029) abgeschlossen. Dokumentationsfehler waren primär bei der Erfassung der Gehunfähigkeit für das rechnerisch auffällige Ergebnis verantwortlich.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 6,35 %	1,89 % 1.217 / 64.445	1,6 % 69 / 4.314	1,73 % 69 / 3.998
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15 %	9,83 % 6.324 / 64.344	9,29 % 400 / 4.306	8,29 % 331 / 3.993
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,22 O / E / N	1,02 9.645 / 9.452 / 50.837 18,97 %	0,99 676 / 684 / 3.474 19,46 %	0,95 582 / 609 / 3.137 18,55 %
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,42 O / E / N	1,03 6.065 / 5.864 / 64.445 9,41 %	0,83 331 / 399 / 4.314 7,67 %	0,93 338 / 365 / 3.998 8,45 %
54050	Sturzprophylaxe	≥ 90 %	97,35 % 55.019 / 56.514	98,1 % 3.716 / 3.788	98,39 % 3.432 / 3.488

Tab. 3.12.1.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahmeverfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
54029*	73	3	3	1	1	-	1	1
54030*	73	8	8	4	4	-	-	2
54033*	73	4	3	1	-	2	-	-
54042*	73	2	1	1	-	-	-	-
54050*	73	3	2	-	1	1	-	-
Summe		20	17	7	6	3	1	3

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.10.1.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Auffälligkeitskriterien

In der Tabelle 3.11.1.3 sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien dargestellt.

Bei 15 rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnte in sechs Fällen auch ein Dokumentationsproblem aufgedeckt werden. Besonders häufig betraf dies das Auffälligkeitskriterium 850148 (Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation). Insgesamt wurde in vier Fällen die Bewertung „Sonstiges“ auf Grund von fehlerhaften Abrechnungskodierungen oder der Nutzung eines fehlerhaften Bogens vergeben.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850147	Angabe von ASA 5	= 0	0,00 34 / 64.460	x* ≤ 3* / 4.316
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0	0,49 28 / 57	0,60 6 / 10
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50 %	43,96 % 302 / 687	46,51 % 20 / 43
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95 %	101,06 % 64.546 / 63.867	100,72 % 4.319 / 4.288
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110 %	101,06 % 64.546 / 63.867	100,72 % 4.319 / 4.288
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,13 % 86 / 63.867	x %* ≤ 3* / 4.288

Tab. 3.11.1.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
850147	73	3	3	1	2	-
850148	73	6	6	3	-	3
850149	73	1	1	1	-	-
850351	79	2	1	1	-	-
850352	79	2	-	-	-	-
850368	79	1	1	-	-	1
Summe		15	12	6	2	4

Tab. 3.11.1.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.12.2 HGV-HEP

Fallzahlverteilung 2022

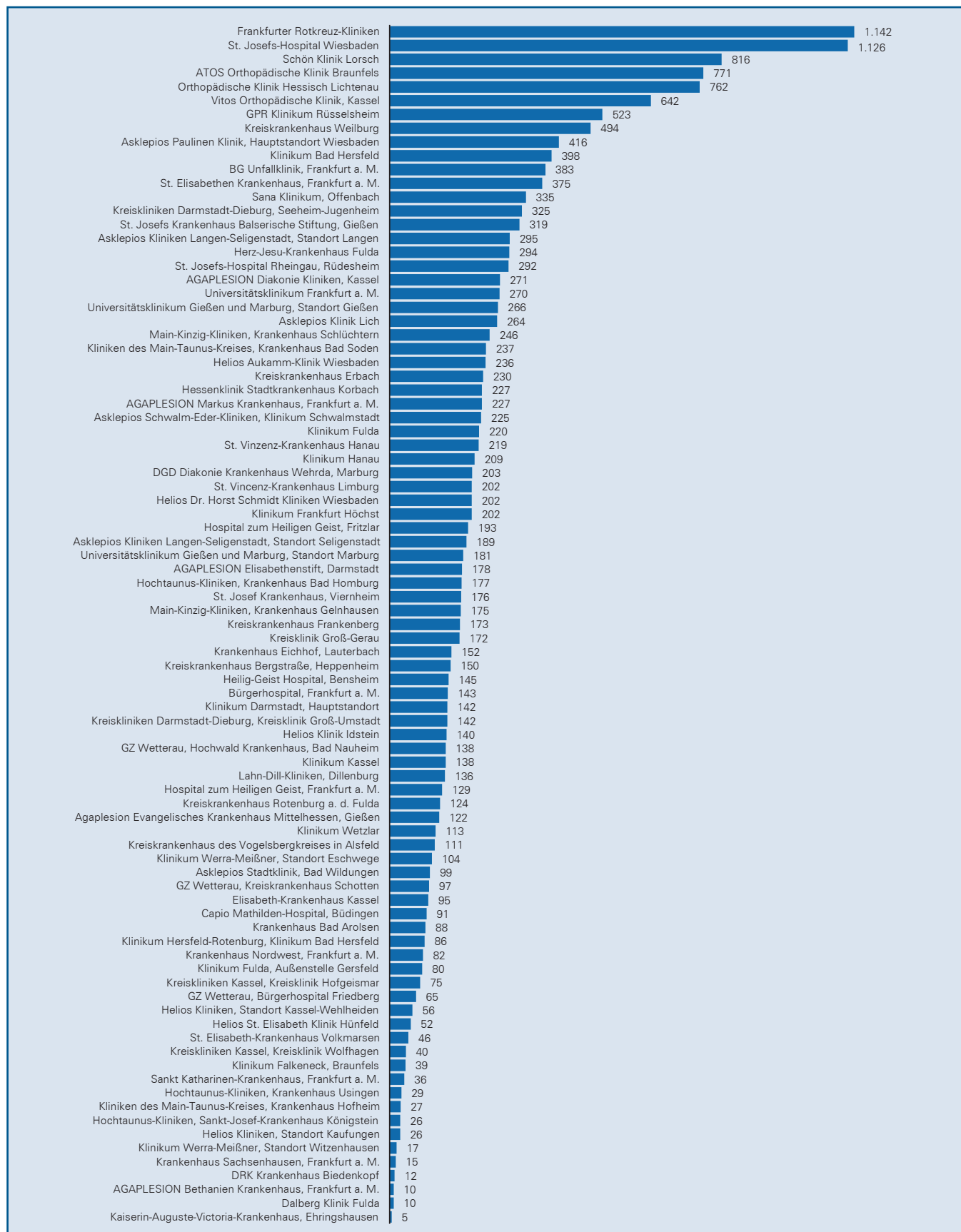


Abb. 3.12.2.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4

Qualitätsindikatoren (QI)

Ergebnisse

Zu den Hüftendoprothesen werden insgesamt zwölf Qualitätsindikatoren berechnet (Tab. 3.12.2.1), zwei davon zur Indikationsstellung (ID 54001 und 54002), zwei zu den Prozessen (ID 54003 und 54004) und acht zu den Ergebnissen (ID 54012 bis 54019 und 54120).

Darüber hinaus ist im Erfassungsjahr 2022 ein Follow-up-Indikator zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 10271) hinzugekommen. Dieser zeigt die Anzahl der Hüftendoprothesen-Erstimplantationen, bei denen in einem Zeitraum

von 90 Tagen ein Wechsel stattgefunden hat.

Bei drei der acht Ergebnisindikatoren sowie beim Follow-up-Indikator wird eine Risikoadjustierung durchgeführt (O/E). Hierbei werden unter anderem Alter, ASA und Pflegegrad berücksichtigt.

Insgesamt liegen die hessischen Ergebnisse nahe am Bundesdurchschnitt, bei den Indikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe liegen sie zwar gering, aber signifikant darüber, bei den allgemeinen Komplikationen bei Wechseloperationen liegen sie signifikant um mehr als 2 % darunter. Hier zeigt sich auch gegenüber dem Vorjahr eine positive Entwicklung.

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	≤ 2,27	0,83 3.486 / 256.186	0,63 191 / 18.390	n. b.
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≥ 90 %	97,67 % 179.797 / 184.080	98,88 % 12.943 / 13.090	97,92 % 11.645 / 11.892
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≥ 86 %	91,85 % 17.622 / 19.185	92,99 % 1.128 / 1.213	91,8 % 1.120 / 1.220
54003	Präoperative Verweildauer	≤ 15 %	9,27 % 6.294 / 67.886	8,56 % 427 / 4.988	7,91 % 347 / 4.385
54004	Sturzprophylaxe	≥ 90 %	96,97 % 192.720 / 198.751	98,03 % 13.849 / 14.128	96,08 % 12.180 / 12.677
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,42 O / E / N	1,02 10.185 / 9.975 / 239.743 4,25 %	1,07 786 / 737 / 17.222 4,56 %	1,07 687 / 643 / 15.336 4,48 %
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 0 %	0,05 % 83 / 160.306	x %* ≤ 3* / 11.515	0,05 % 5 / 10.469
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,25 O / E / N	1,01 7.384 / 7.326 / 68.012 10,86 %	0,8 427 / 535 / 5.000 8,54 %	0,92 434 / 472 / 4.393 9,88 %
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 5,77 %	1,36 % 2.485 / 182.794	1,13 % 146 / 12.913	1,15 % 135 / 11.737
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 20 %	7,84 % 1.320 / 16.837	5,71 % 61 / 1.069	7,81 % 84 / 1.075
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 11,63 %	4,53 % 3.086 / 68.177	4,15 % 208 / 5.012	4,77 % 210 / 4.406
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 8,01 %	2,27 % 4.185 / 184.080	2,38 % 312 / 13.090	2,26 % 269 / 11.892
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 2,02 O / E / N	1,02 2.356 / 2.312 / 19.185 12,28 %	1,14 155 / 136 / 1.213 12,78 %	1 141 / 141 / 1.220 11,56 %

Tab. 3.12.2.1 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

* Datenschutz

Stellungnahmeverfahren

Nach dem Stellungnahmeverfahren zeigen sich insgesamt 21 mutmaßliche Qualitätsdefizite bei 58 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (Tab. 3.12.2.2) - fünf bei den Indikatoren zu den Prozessen, drei zu den Indikationsstellungen und elf zu den spezifischen Komplikationen (ID 54019 und 54120). Bei dem Follow-up-Indikator (ID 10271) wurden beide rechnerisch auffälligen Kliniken auch qualitativ auffällig bewertet.

Wie schon in den Vorjahren im ID 54003 (Präoperative Verweildauer) liegen bei vier von acht und damit bei einem hohen Anteil der rechnerisch auffälligen Einrichtungen (50 %) mutmaßliche Qualitätsdefizite vor.

Im Rahmen eines Kollegialen Fachgesprächs wurde mit einer Klinik hierzu eine Zielvereinbarung getroffen. Weitere Zielvereinbarungen wurden u. a. auch im Rahmen eines Kollegialen Fachgesprächs mit zwei Kliniken zu den spezifischen Komplikationen abgeschlossen. Hierbei wurden primär klinikinterne SOPs, Mitarbeiterschulungen und internes Monitoring gefordert. Systematische Dokumentationsfehler erklärten in vier Fällen (bei der Erfassung der Indikationsstellung zum Endoprothesenwechsel, der Sturzprophylaxe und der Gehunfähigkeit) das rechnerisch auffällige Ergebnis.

Auffälligkeitskriterien (AK)

Die Tabelle 3.12.2.3 zeigt die hessenweiten Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidierung. Im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen gibt es kaum Unterschiede. Erfreulich sind die relativ geringen Raten an irrtümlich angelegten Prozedurbögen sowie der geringe Anteil der Minimaldatensätze in Hessen.

Bei 13 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (Tab. 3.12.2.4) konnte in acht Fällen (62 %) auch ein Dokumentationsproblem aufgedeckt werden. Besonders häufig betraf dies das Auffälligkeitkriterium 850276 (Unterdokumentation der Wechsel-OPs).

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
10271*	82	2	2	2	-	-	-	-
54001*	82	2	2	1	1	-	-	-
54002*	82	13	13	2	10	1	-	-
54003*	82	8	8	4	4	-	-	1
54004*	82	3	2	1	-	1	-	-
54012*	82	8	4	-	2	2	-	-
54013*	82	3	3	-	3	-	-	-
54015*	82	1	-	-	-	-	-	-
54016*	82	2	-	-	-	-	-	-
54017*	82	5	3	-	3	-	-	-
54018*	82	2	2	-	2	-	-	-
54019*	82	9	9	6	3	-	-	1
54120*	82	10	10	5	5	-	-	2
Summe		68	58	21	33	4	-	4

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.12.2.2 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	≤ 30 %	18,53 % 396 / 2.137	14,29 % 22 / 154
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50 %	24,53 % 831 / 3.388	19,47 % 44 / 226
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	≤ 2	0,09 327 / 3.698	0,05 17 / 326
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	≤ 90 %	65,28 % 7.854 / 12.031	66,5 % 526 / 791
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0	0,11 214 / 1.946	0,10 12 / 119
852102	Angabe von ASA 5	= 0	0,00 57 / 271.514	0,00 6 / 19.326
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95 %	100,55 % 251.001 / 249.635	100,38 % 17.929 / 17.861
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110 %	100,55 % 251.001 / 249.635	100,38 % 17.929 / 17.861
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	≥ 95 %	100,86 % 18.858 / 18.697	101,1 % 1.190 / 1.177
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110 %	100,86 % 18.858 / 18.697	101,1 % 1.190 / 1.177
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,06 % 158 / 266.210	0,03 % 5 / 18.912
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,44 % 229.042 / 228.040	100,12 % 16.083 / 16.064

Tab. 3.12.2.3 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
850151	82	-	-	-	-	-
850152	82	1	1	1	-	-
850274	88	1	-	-	-	-
850275	88	1	-	-	-	-
850276	76	4	4	4	-	-
850277	76	1	1	-	-	1
850369	88	-	-	-	-	-
850376	88	-	-	-	-	-
851804	82	-	-	-	-	-
851905	82	3	3	1	2	-
851907	82	1	1	1	-	-
852102	82	1	1	1	-	-
Summe		13	11	8	2	1

Tab. 3.12.2.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

3.13 QS KEP

Fachkommission (Stand: 31.12.2023)

Mitglied	Institution	Vertreter*in der
Herr Prof. Dr. G. Köster	Schön-Klinik Lorsch	Krankenhäuser
Herr Dr. M. T. Kremer	ATOS Klinik, Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Frau Dr. F. Lehr	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Dr. J. Pichl	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt a. M.	Krankenhäuser
Herr S. Ritter	Medizinischer Dienst Hessen	Krankenkassen
Herr Prof. Dr. S. Ruchholtz	Universitätsklinikum Marburg	Krankenhäuser
Herr Dr. M. Schneider	St. Josefs-Hospital Wiesbaden	Krankenhäuser

Expert*in	Institution/Ort (Funktion)
Frau Dr. S. Mai	Kassel

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
3	26.06.2023
4	18.10.2023

Ansprechpartner*innen LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Herr Dr. B. Misselwitz	Frau A. Meister

Einleitung

Gegenstand des Verfahrens 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) sind Erstimplantationen von Knieendoprothesen, unikondylären Schlittenprothesen sowie Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel. Das Verfahren soll gem. DeQS-RL insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- Indikationsstellung
- Peri- und postoperative Komplikationen
- Gehunfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung
- Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten

2022 wurden in Hessen knapp 14 Tsd. stationäre Prothesenimplantationen bzw. Prothesenwechsel am Knie durchgeführt (s. auch Abb. 3.13.1). Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Fallzahlsteigerung von 17 %. Begründet sein könnte dies noch durch einen Versorgungsstau nach der Corona-Pandemie. Tabelle 3.13.1 zeigt die Verteilung der unterschiedlichen Operationen in Hessen für 2021 und 2022.

Fallzahlen Hessen

Eingriffe	Fallzahlen	
	2021	2022
Knieendoprothesen:		
- elektive erstimplantierte unikondyläre Schlittenprothesen	1.534	1.690
- elektive erstimplantierte Totalendoprothesen	9.400	11.089
- Wechseloperationen	816	892
Summe	11.683	13.671

Tab. 3.13.1 Quelle IQTIG

Fallzahlverteilung 2022

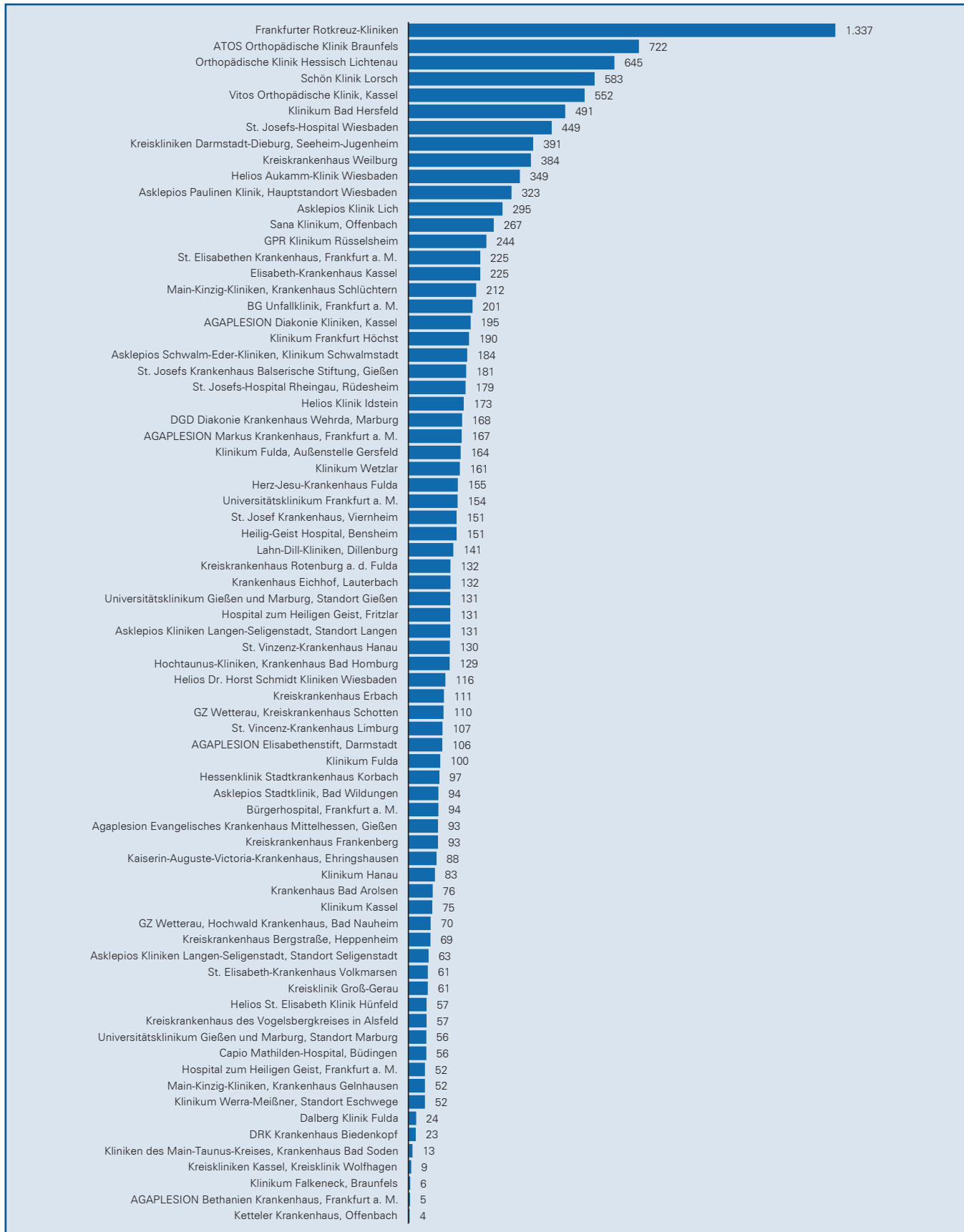


Abb. 3.13.1 Teilnehmende Kliniken und Fallzahlverteilung (Erhebungszeitraum: Aufnahmezeitraum 01.01. - 31.12.2022)
Darstellung mit Soll-Fallzahl ≥ 4

Qualitätsindikatoren

Ergebnisse

Zu dem Verfahren QS-KEP wurden insgesamt zehn Qualitätsindikatoren berechnet (Tab. 3.13.2), drei zur Indikationsstellung und sieben zur Ergebnisqualität.

Nur ein Ergebnisindikator (ID 54028: Gehunfähigkeit bei Entlassung) wird auch risikoadjustiert berechnet, ein weiterer Indikator (ID 54129: Sterblichkeit) wird auch auf Grund der Seltenheit des Ereignisses als Sentinel Event ausgewiesen. Seit 2023 wird wieder der Follow-up QI 54128 (Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf) berechnet. Hierbei werden durch Verknüpfung der Wechseleingriffe mit den Erstimplantationen vorzeitige Wechsel (innerhalb von 90 Tagen) identifiziert.

Im Vergleich der hessischen - mit den Bundesergeb-

nissen gibt es bis auf den QI 54020 keine signifikanten Unterschiede in den Ergebnissen. Die Hessenergebnisse haben sich im Vergleich zum Vorjahr grundsätzlich leicht verbessert.

Stellungnahmeverfahren

Mit 13 Stellungnahmen entfiel ein hoher Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten auf die Indikationsstellung (QI 54020, 54021, 54022) sowie elf Stellungnahmen auf allgemeine und spezifische Komplikationen (QI-ID 54123, 54124, 54125).

Bei insgesamt 37 rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Rahmen der 31 Stellungnahmeverfahren nur acht Ergebnisse auch „qualitativ auffällig“ bewertet. Bei 21 rechnerischen Auffälligkeiten wurden die Krankenhäuser als „qualitativ unauffällig“ bewertet und in einem Fall wurde ein Dokumentationsproblem als

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	Ergebnis Hessen (VJ)
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 11,32 %	3,33 % 401 / 12.057	1,71 % 15 / 879	2,35 % 19 / 808
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	≥ 90 %	98,12 % 149.143 / 152.008	98,88 % 10.906 / 11.030	98,41 % 9.208 / 9.357
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	≥ 90 %	97,42 % 24.539 / 25.188	98,22 % 1.658 / 1.688	97,85 % 1.499 / 1.532
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≥ 86 %	92,44 % 11.352 / 12.281	93,27 % 832 / 892	90,18 % 735 / 815
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 5,19 O / E / N	1,13 966 / 853 / 182.683	1,39 85 / 61 / 13.176	n. b.
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	≤ 4,26 %	1,02 % 1.809 / 176.993	0,92 % 117 / 12.708	0,97 % 105 / 10.869
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	≤ 3,71 %	0,88 % 1.572 / 177.855	0,88 % 113 / 12.775	0,88 % 96 / 10.929
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 14,11 %	4,18 % 513 / 12.281	2,8 % 25 / 892	3,68 % 30 / 815
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 0 %	0,04 % 68 / 167.640	0,04 % 5 / 12.191	0,06 % 6 / 10.509
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	≥ 98,81 %	99,8 % 188.390 / 188.745	99,87 % 13.609 / 13.626	n. b.

Tab. 3.13.2 Erfassungsjahr 2022, Hessen/Bund

Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren				Maßnahmen Stufe 1
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Dokumentationsfehler	Sonstiges	
50481*	79	2	-	-	-	-	-	-
54020*	79	2	2	2	-	-	-	-
54021*	79	2	2	1	1	-	-	-
54022*	79	9	9	1	8	-	-	-
54028*	79	2	1	-	-	1	-	-
54123*	79	5	2	-	1	-	1	-
54124*	79	5	5	2	3	-	-	1
54125*	79	4	4	1	3	-	-	-
54127*	79	5	5	1	4	-	-	-
54128*	80	1	1	-	1	-	-	-
Summe		37	31	8	21	1	1	1

*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (QbR)

Tab. 3.8.4 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens

Hauptursache der Abweichung festgestellt. Auf Basis der Bewertung der Ergebnisse der Leistungserbringer*innen wurden auf Empfehlung der zuständigen Fachkommission im Erfassungsjahr 2022 erstmalig Maßnahmen der Stufe 1 nach § 17 Absatz 3 Teil 1 der DeQS-RL festgelegt und eingeleitet. Insgesamt wurden mit einer Klinik Maßnahmen der Stufe 1 zu dem Indikator 54124 (Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation) vereinbart. Hierbei wurde die Durchführung von Peer Reviews sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien empfohlen.

Auffälligkeitskriterien

Auch die Ergebnisse der elf Auffälligkeitskriterien in Hessen sind vergleichbar mit den Bundesergebnissen. Es gibt keine signifikanten Unterschiede. (Tab. 3.13.5)

Bei drei der sieben rechnerisch auffälligen AKs wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens auch eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt (Tab. 3.13.5). Als problematisch muss hierbei das AK 850336 (Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation) und das AK 851910 (Unterdokumentation von Komplikationen) gesehen werden, da hierdurch mutmaßlich auch eine Unterdokumentation der Komplikationen in den korrespondierenden Qualitätsindikatoren 54124 bzw. 54125 (Spezifische Komplikation) resultiert. Die LAGQH hat dies bei den

Bewertungen im strukturierten Qualitätsbericht entsprechend berücksichtigt. Bedauerlicherweise ist bei solchen Konstellationen bisher keine Korrektur vorgesehen.

Ausblick

Der G-BA hat einen Beschluss über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung getroffen, hier stehen vor allem die Effizienz, der administrative Aufwand und die Weiterentwicklung der QS-Verfahren im Mittelpunkt. Das IQTIG wurde mit der Prüfung und Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung beauftragt. Hierfür hat das IQTIG bis zum 19. Juli 2023 zunächst Empfehlungen zu drei geprüften Verfahren, u. a. QS KEP, abgegeben.

Laut Empfehlung des IQTIG soll im Verfahren KEP die Anzahl der QI's von zehn auf zwei reduziert werden, um so einen übermäßigen Dokumentationsaufwand zu vermeiden. Von Seiten der G-BA-Mitglieder wird sogar ein komplettes Aussetzen des Verfahrens ab dem Erfassungsjahr 2025 in Erwägung gezogen.

Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen
850306	Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Erstimplantationen	≤ 5 %	0,31 % 549 / 177.887	0,25 % 32 / 12.779
850307	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50 %	36,49 % 320 / 877	30,3 % 20 / 66
850336	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	≤ 1	0,38 114 / 304	0,68 13 / 19
851908	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100 %	78,87 % 9.585 / 12.153	81 % 661 / 816
851910	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0	0,26 39 / 149	x* ≤ 3* / 12
850344	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95 %	100,46 % 177.152 / 176.342	100,13 % 12.720 / 12.704
850345	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110 %	100,46 % 177.152 / 176.342	100,13 % 12.720 / 12.704
850346	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	≥ 95 %	101,07 % 12.239 / 12.110	100,57 % 889 / 884
850347	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110 %	101,07 % 12.239 / 12.110	100,57 % 889 / 884
850370	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5 %	0,07 % 141 / 188.270	0,04 % 5 / 13.574
850375	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95 %	100,36 % 165.604 / 165.018	99,97 % 11.785 / 11.788

Tab. 3.13.4 Erfassungsjahr 2021, Hessen/Bund

Bewertung der Auffälligkeitskriterien

ID	Anzahl Ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	Stellungnahme verfahren	Bewertungen im Rahmen der Stellungnahmeverfahren		
				Qualitativ auffällig	Qualitativ unauffällig	Sonstiges
850306	79	-	-	-	-	-
850307	79	-	-	-	-	-
850336	79	1	1	1	-	-
850344	82	-	-	-	-	-
850345	82	-	-	-	-	-
850346	68	-	-	-	-	-
850347	68	1	1	1	-	-
850370	83	-	-	-	-	-
850375	82	-	-	-	-	-
851908	79	2	2	-	2	-
851910	79	3	3	1	2	-
Summe		7	7	3	4	-

Tab. 3.13.5 Bewertungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens



4. plan. QI

Erstmalig nach dem pandemiebedingten Aussetzen von Teilen der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) in den Jahren 2020 und 2021 fand in 2023 wieder eine richtlinienkonforme Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2022 statt. In den Vorjahren wurde die Datenvalidierung lediglich bei statistisch auffälligen Krankenhausstandorten und bei einer Stichprobe aller datenliefernden Kliniken durchgeführt. 2023 wurde aufgrund einer unterjährigen Änderung der Quartalslieferfristen auf die Stichprobe von Krankenhausstandorten, die Daten nachgeliefert haben, verzichtet (Abb. 4.1).

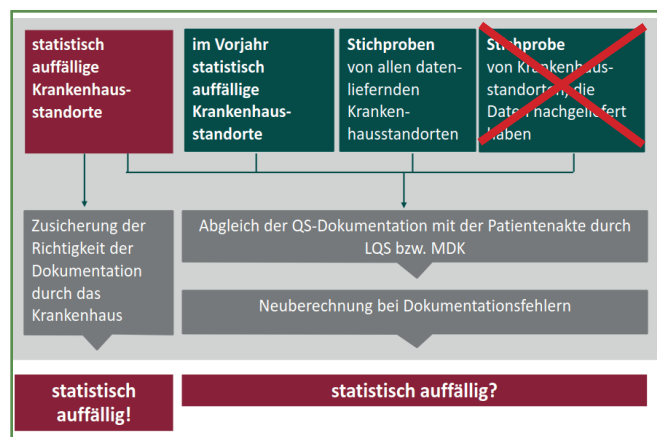


Abb. 4.1 Quelle IQTIG

Die Auswahl der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus dem frauenheilkundlichen Fachgebiet (aus den Modulen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie) sowie deren Referenzwerte haben sich nicht geändert (Tab. 4.1). Seit dem Erfassungsjahr 2022 ist jedoch die Anwendung des planungsrelevanten Indikators zur antenatalen Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten (ID 330) ausgesetzt.

Die Anzahl an statistisch auffälligen Kliniken ist im Vergleich zum zuletzt berichteten Erfassungsjahr 2021 leicht gestiegen auf insgesamt zwölf (2021: zehn) Die

höchste Anzahl auffälliger Kliniken entfällt erneut auf den Bereich der Geburtshilfe. In den anderen beiden Modulen sind vereinzelt Kliniken auffällig (Tab. 4.2).

Im Rahmen des Aktenabgleichs vor Ort in den Kliniken (Datenvalidierung) konnten Dokumentationsfehler korrigiert werden, sodass sich die Zahl der statistisch auffälligen Krankenhäuser nach entsprechender Neuberechnung durch das IQTIG auf neun reduzierte (2021: sechs).

	QI-ID	QI-Bezeichnung	Referenzwert	Ergebnis Hessen	Ergebnis Bund
Gynäkologische Operationen	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20 %	10,4 %	7,6 %
	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5 %	0,8 %	0,9 %
	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18	0,9 %	1,1 %
Geburtshilfe	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	≤ 3 Fälle*	12 Fälle
	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90 %	95,7 %	97,0 %
	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95 %	-	-
	50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90 %	99,4 %	99,0 %
	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32	1,06	1,01
Mamma-Chirurgie	2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel Event	0 Fälle	≤ 3 Fälle*
	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	99,2 %	99,1 %
	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	99,6 %	99,4 %

Tab. 4.1 Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

* Datenschutz

	QI-ID	QI-Bezeichnung	Referenzwert	Anzahl stat. auffälliger Kliniken vor DV	Anzahl stat. auffälliger Kliniken nach DV
Gynäkologische Operationen	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20 %	0	0
	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5 %	1	1
	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18	0	0
Geburtshilfe	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	2	2
	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90 %	7	6
	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95 %	0	0
	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittbindung	≥ 90 %	0	0
	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32	0	0
Mamma- Chirurgie	2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel Event	0	0
	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	1	0
	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95 %	1	0

Tab. 4.2 Validierung statistischer Auffälligkeiten (Hessen)

Hierbei ist zu beachten, dass im Indikator zur E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt (ID 1058) zwei statistisch unauffällige Kliniken nach der Datenvalidierung auffällig geworden sind, während die auffälligen Kliniken vor Datenvalidierung nach der Neuberechnung nicht mehr auffällig waren.

Zu diesen neun Auffälligkeiten wurden jeweils Stellungnahmeverfahren durch das IQTIG durchgeführt. Die fachliche Bewertung (zureichende versus unzureichende Qualität) durch das IQTIG erfolgte in Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachkommissionen auf Bundesebene unter Zuhilfenahme möglicher relevanter Ausnahmetatbestände.

In drei Fällen konnte eine zureichende Qualität bescheinigt werden (Tab. 4.3). Dies betraf den Indikator 318 zur Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten und zur E-E-Zeit (ID 1058). Bei vier weiteren Auffälligkeiten im Indikator 318, einer Auffälligkeit im Indikator 1058 sowie einer zur fehlenden Histologie nach isoliertem Ovareingriff (ID 12874) wurde vom IQTIG eine

unzureichende Qualität festgestellt. Damit gab es im Jahr 2022 noch sechs qualitative Auffälligkeiten (2021: zwei).

Bei allen anderen rechnerisch, aber nicht statistisch auffälligen Ergebnissen aus den drei Modulen wurde das reguläre Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL durch die LAGQH durchgeführt (s. hierzu Kap. 3.7, Kap. 3.8 und Kap. 3.11.1).

Die Zukunft der plan.QI-RL ist derzeit offen. Zuletzt hat der G-BA am 18. April 2024 beschlossen, das Verfahren zu den planungsrelevanten Indikatoren bis Ende 2025 auszusetzen. Hintergrund ist offenbar, dass im Rahmen des laufenden Reformvorhabens des Bundesministeriums für Gesundheit (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) eine Änderung der gesetzlichen Vorgaben zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Zuge der Einführung neuer strukturierter Vorgaben für die Krankenhausplanung vorgesehen ist.

	QI-ID	QI-Bezeichnung	Anzahl Standorte	
			zureichende Qualität	unzureichende Qualität
Gynäkologische Operationen	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	-	-
	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	-	1
	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	-	-
Geburtshilfe	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	1	1
	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	2	4
	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	-	-
	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	-	-
	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	-	-
Mamma-Chirurgie	2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	-	-
	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	-	-
	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	-	-

Tab. 4.3 Bewertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Hessen)

4. QFR-RL

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) ist am 1. Januar 2006 in Kraft getreten und wurde seitdem mehrfach aktualisiert und geändert. Zuletzt geschah dies am 19.10.2023 (mit Inkrafttreten am 01.01.2024).

Klärender Dialog

Der klärende Dialog gem. §8 Abs. 6 QFR-RL wurde mit Inkrafttreten des oben genannten Beschlusses vom 19.10.2023 bis zum 31.12.2024 verlängert.

Nach wie vor melden Perinatalzentren, welche die Anforderungen an die pflegerische Versorgung nicht erfüllen, dies dem G-BA und erhalten die Möglichkeit an einem klärenden Dialog teilzunehmen. Über die Jahre konnten sich die meisten hessischen Kliniken bereits gut auf die Anforderungen einstellen und nach und nach Maßnahmen implementieren, um die Strukturen und Prozesse in ihren Häusern so anzupassen, dass die Vorgaben aus der QFR-RL hinsichtlich der pflegerischen Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen weitestgehend erfüllt werden konnten.

Die geforderte Erfüllungsquote wurde vom G-BA durch folgende Übergangsregelung angepasst: für die Jahre 2020, 2021 und 2022 wurde eine Erfüllungsquote von 90 % gefordert, für das Jahr 2023 eine Erfüllungsquote von 95 %. Mit Verlängerung des klärenden Dialogs durch den Beschluss am 19.10.2023 wurde die Erfüllungsquote auf 100 % für das Jahr 2024 angehoben.

Für die Berechnung der Erfüllungsquote werden seit 2020 auch sogenannte Ausnahmetatbestände berücksichtigt. Ausnahmetatbestände sind ‚(kurzfristige und unvorhergesehene) krankheitsbedingte Personalausfälle‘ oder ‚Unvorhersehbarer Zugang von mehr als 2 Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500g innerhalb einer Schicht‘. Gemäß §12 QFR-RL können die Krankenhäuser somit von den Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen abweichen.

Die Tabelle 4.1 gibt einen Überblick über den Verlauf des klärenden Dialoges der elf Perinatalzentren Level I in Hessen im Hinblick auf die Erfüllungsquoten für die Jahre 2017 bis 2023. In 2023 befanden sich zwei Kliniken im Klärenden Dialog (Teilnahme). Fünf Kliniken haben für 2024 beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Antrag auf Wiederaufnahme in den klärenden Dialog gestellt. Diese Anträge werden im Laufe des 1. Halbjahres 2024 bearbeitet und dem Lenkungsgremium zur Entscheidung vorgelegt.

Klärender Dialog 2017 bis 2023

Klinik	2018		2019		2020	2021	2022	2023	Erneute Meldung der Nicht-Erfüllung an den G-BA	Klärender Dialog
	Erfüllungsquote	Schichtkriterium erfüllt	Erfüllungsquote	Schichtkriterium erfüllt	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote		
A	97,3 %	NEIN	96,6 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	NEIN	Beendet**
B	92,5 %	NEIN	87,3 %	NEIN	97,9 %	97,2 %	91,0 %	93,6 5	JA	Teilnahme
C	93,7 %	NEIN	64,0 %	NEIN	93,3 %	100,0 %	100,0 %	Keine Aussage möglich	NEIN	Beendet
D	95,0%	NEIN	98,7 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	NEIN	Beendet**
E	94,6 %	NEIN	98,7 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	NEIN	Beendet
F	81,0 %	NEIN	83,3 %	NEIN	92,2 %	93,3 %	97,0 %	99,6 %	NEIN	Beendet**
G	95,1 %	NEIN	99,3 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	NEIN	Beendet
H	96,6 %	NEIN	100,0 %	JA	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	87,0 %	90,0 %	JA	Teilnahme
I	49,6 %	NEIN	96,0 %	NEIN	91,7 %	99,3 %	99,4 %	Keine Aussage möglich	NEIN	Beendet
J	98,5 %	NEIN	100,0 %	JA	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	96,15 %	NEIN	Beendet**
K	90,0 %	NEIN	85,0 %	NEIN	99,5 %	92,1 %	99,2 %	Antrag ruht	NEIN	Beendet**

** Wiederaufnahme in den klärenden Dialog für 2024 beantragt

Tab. 4.1

Abfrage der Perinatalzentren und Expertenpapier

Die Fachgruppe hat die Verschärfung der Richtlinie hinsichtlich der Erfüllungsquote zum Anlass genommen und eine Abfrage an die Perinatalzentren 1 und 2 in Hessen versendet. Durch die Abfrage wurden Daten zur Beurteilung des Umsetzungsstandes der Parameter der Qualitäts-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) erhoben. Insgesamt wurden 12 Perinatalzentren aus Hessen angeschrieben und um Unterstützung gebeten. Von allen 11 PZ Level I hat die LAGQH eine Rückmeldung erhalten. Abgefragt wurden in der Datenerhebung zum einen die Erfüllungsquote im 1. Halbjahr 2023 und die erwartete Erfüllungsquote für die Gesamtjahre 2023 und 2024. Zum anderen ob die Kliniken davon ausgehen, die Erfüllungsquote von 100 Prozent unter Berücksichtigung von Ausnahmetatbeständen zu erreichen und falls nein, aus welchen Gründen die Quote voraussichtlich nicht erreicht wird.

Die Erfüllungsquoten schwanken für das Jahr 2023 zwischen 92,5 und 100 Prozent und für 2024 bewegen die geschätzten Erfüllungsquoten sich um die 95 Prozent. Alle 11 Kliniken geben an, dass sie eine Erfüllungsquote von 100 Prozent in 2024 unter Berücksichtigung von Ausnahmetatbeständen nicht erreichen werden. Die Gründe hierfür sind zusammenfassend hauptsächlich Personal- bzw. Fachkräftemangel und Personalausfälle. Die daraus resultierenden angegebenen Gründe sind unbesetzte Stellen. Differenzierter werden als Gründe auch angegeben: der Rückgang von Bewerberzahlen, die Einschränkung durch die generalistische Ausbildung, auslaufende Anrechnung der geforderten Erfahrung und fehlende weitergebildete Fachkräfte, fehlende Anrechnungsmöglichkeiten von internationalen Fachkräften, stark schwankende Patientenzahlen, keine Rotationsmöglichkeiten

Die aggregierten Ergebnisse dieser Abfrage wurden als Grundlage für ein Expertenpapier durch die Fachgruppe an den G-BA genutzt, um auf die Schwierigkeiten einer 100%igen Erfüllungsquote hinzuweisen (Abb. 4.1 bis 4.4).

Expertenpapier der hessischen Fachgruppe QFR-RL

Stellungnahme zur Sicherstellung der Anforderungen der pflegerischen Versorgung auf Grundlage der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL (in der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 19. Oktober 2023)

Auf Grundlage der Übergangsregelung (§13 QFR-RL Satz 3) müssen die in Anlage 2 Nr. I.2.2 Absatz 5 und 6 geregelten Mindestanforderungen zu 100% von den Krankenhäusern erfüllt werden. Eine Datenerhebung zur Beurteilung des Umsetzungsstandes der Parameter der Qualitäts-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) im Bereich des Pflegepersonals hat gezeigt, dass alle befragten Perinatalzentren mit Level 1 in Hessen den Erfüllungsgrad von 100% im Jahr 2024 voraussichtlich nicht erreichen werden. Die genannten Gründe für die Nichterfüllung der Anforderung sind:

- Nicht ausreichende Anzahl an Pflegefachpersonen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, sowie Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern mit der Vertiefung Pädiatrie
- Nicht ausreichende Anzahl an Pflegefachpersonen mit Weiterbildung nach Anlage 2 Nr. I.2.2 Absatz 1 Satz 5 Buchstabe a, b, c oder d
- Einschränkungen durch das Pflegeberufegesetz (keine Einsatzmöglichkeiten ohne Vertiefung) Rückgang der Bewerberzahlen von Pflegefachpersonen
- Stark schwankende Patientenzahlen
- Nicht planbare Personalausfälle
- Zunahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegedienst, die aufgrund von Ruhestand aus dem Beruf ausscheiden
- Erhöhte Krankenstände in der Breite seit der Pandemie (einsehbar über Krankenkassenstatistiken)

Aufgrund der oben genannten Punkte für die Nichterfüllung der Anforderung, werden **Lösungsvorschläge** zur Sicherstellung der Anforderungen anhand der bisherigen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL (in der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 19. Oktober 2023)) dargelegt. Die Kommentierungen zu Gründen der Abweichung der Anforderungen basieren auf den jeweiligen Absätzen der QFR-Richtlinie, die durch erläuterte Lösungsvorschläge angepasst werden.

Hinweisen möchten wir an dieser Stelle auch auf die Sicherstellung der Versorgung der pädiatrischen Intensivpflege. Die eng gefassten Vorgaben verschärfen den bestehenden Fachkräftemangel und damit die Sicherstellung der Versorgung.

1. Übergangsregelung zur Herabsetzung der Erfüllungsquote von 100% auf 95% ab dem 01. Januar 2024

aktueller Richtlinienentext:

Nach § 13 müssen ab dem 1. Januar 2024 für die Anlage 2 Nummer I.2.2 Absatz 5 und 6 sowie Nummer II.2.2 Absatz 5 und 6 die geregelten Mindestanforderungen zu 100 Prozent von den Krankenhäusern erfüllt werden.

Kommentierung: Alle befragten hessischen Perinatalzentren Level 1 haben in der oben genannten Datenerhebung zur Beurteilung des Umsetzungsstandes der Anforderungen der Qualitäts-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) im Bereich des Pflegepersonals angegeben, die geforderte Erfüllungsquote von 100% in 2024 nach §13 Absatz 3 vor dem Hintergrund der genannten Gründen voraussichtlich nicht erreichen zu können. Eine Erfüllungsquote von 95% unter der Berücksichtigung von Ausnahmetatbeständen und den nachfolgend beschriebenen Anpassungen bei den Pflegepersonalanforderungen ist zwar ein ambitioniertes Ziel, welches jedoch realisierbar erscheint. Um weiterhin eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung sicherstellen zu können, ist die dauerhafte Anpassung der Erfüllungsquote auf maximal 95 % notwendig.

2. A) Anpassung der Anforderungen der zu berücksichtigenden Qualifikationen von Pflegefachpersonen, die Leistungen auf neonatologischen Intensivstationen erbringen (Anlage 2 Nr. I.2.2)

aktueller Richtlinien text:

(1) ¹Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation der Einrichtung muss aus Personen bestehen, denen die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

1. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
2. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann mit entsprechendem Hinweis auf den durchgeführten Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ erteilt wurde.

²Weitere Voraussetzung für den Einsatz von Personen nach Satz 1 ist, dass mindestens 1260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung absolviert wurden und durch Vorlage geeigneter Nachweise belegt werden können.

Kommentierung: Der Einsatz des Pflegepersonals mit den aufgeführten Qualifikationen nach Anlage 2 Nr.I.2.2 Absatz 1 und Absatz 2 kann derzeit nicht ausreichend erfolgen. Daher ist eine Anpassung der Vorgabe zur Erfüllung der Anforderungen an die Qualifikationen essentiell, um die Erfüllungsquote zu erreichen und eine qualitative und sichere Patientenversorgung zu gewährleisten. Eine stärkere Gewichtung der 1260 Praxisstunden in der neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung gegenüber der Vertiefung Pädiatrie ist von Vorteil, um die Möglichkeiten zur Rekrutierung von Pflegefachpersonen zu erweitern und damit mehr Personal für den Pflegedienst der neonatologischen Intensivstationen zu gewinnen. Denn dadurch wird der Kreis einsetzbarer Pflegefachpersonen größer. Anbei folgender Lösungsvorschlag:

(1) ¹Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation der Einrichtung muss aus Personen bestehen, denen die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

1. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
2. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann (auch mit akademischem Grad) mit entsprechendem Hinweis auf den durchgeführten Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ oder
3. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann (auch mit akademischem Grad) unabhängig des Vertiefungseinsatzes mit mindestens 1260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung, die durch Vorlage geeigneter Nachweise belegt werden können. Der Anteil an Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (auch mit akademischen Grad) unabhängig des Vertiefungseinsatzes mit mindestens 1260 Stunden Praxiseinsatz darf bis zu 30% betragen.

2. B) Veränderungen der berücksichtigten Qualifikationen des Pflegedienstes der neonatologischen Intensivstation

Dieser Punkt kann entfallen, da künftig Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (auch mit akademischem Grad) ohne Vertiefung eingesetzt werden können

aktueller Richtlinien text:

⁵Abweichend von Satz 1 und 2 können Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner auch unabhängig von ihrem Vertiefungseinsatz im Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation eingesetzt werden, soweit sie eine

- a) Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder
- b) Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011 oder

c) *Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der „DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015 oder*

d) *zu Buchstabe a, b oder c gleichwertige Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung abgeschlossen haben.*

Kommentierung: Entfällt, da Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (auch mit akademischem Grad) unabhängig ihrer Vertiefung in Anlage 2 Nr. I.2.2 Satz 1 Nummer 2 aufgeführt sind. Eine Regelung für den Einsatz von generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen, die sich noch nicht in Fachweiterbildung befinden, ist erforderlich. Aktuell sind nur Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und Pflegefachfrauen:männer mit Weiterbildung auf der neonatologischen Intensivstation einsetzbar. Auf Grundlage der aktuellen Richtlinie kann keine praktische Erfahrung vor der Fachweiterbildung auf einer neonatologischen Intensivstation gesammelt werden.

3. Einführung einer neuen Stichtagsregelung unter Berücksichtigung der Pflegefachpersonen mit mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit

aktueller Richtlinientext:

(2) b) letztmalig dauerhaft Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die am Stichtag 1. Januar 2017 folgende Voraussetzungen erfüllen: - mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet – und - mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.

Kommentierung: Aufgrund der nicht ausreichenden Anzahl an Pflegefachpersonen mit Weiterbildung nach Anlage 2 Nr. I.2.2 Absatz 1 Satz 5 Buchstabe a, b, c, d wird in Anlehnung an die Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma¹ nach §4 Absatz 3 Satz 4 folgender Lösungsvorschlag genannt. Die Stichtagsregelung nach Anlage 2 Nr. I.2.2 Absatz 2 Satz 2 Punkt 2 wird aufgehoben. Anstelle der Fachweiterbildung kann jeweils eine mindestens fünfjährige Erfahrung in der neonatologischen Intensivstation treten.

4. Ausweitung des Ausnahmetatbestandes bei krankheitsbedingten Personalausfällen

aktueller Richtlinientext:

(1) ¹Die Krankenhäuser können von den Mindestanforderungen im Sinne von § 1 Absatz 2 und § 2 der Richtlinie in Verbindung mit Anlage 2 Nummer I.2.2 Absatz 5 und 6 und Nummer II.2.2 Absatz 5 und 6 abweichen:

1. bei krankheitsbedingten Personalausfällen, die über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent des in der jeweiligen Schicht mindestens vorzuhaltenden Personals) hinausgehen oder

Kommentierung: Einführung einer Möglichkeit der Ausweitung des Ausnahmetatbestandes bei krankheitsbedingten Personalausfällen über 15 % bei §12 Absatz 1 Punkt 1 auf den gesamten Tag. Im Rahmen von kurzfristigen Ausfällen, die nicht nachbesetzt werden können, kommt es zu Verschiebungen zwischen Schichten eines Tages. Deshalb ist eine tagesbezogene Betrachtung hilfreich

5. Berücksichtigung ab zwei Zugängen unter 1500g (§12 Absatz 1 Punkt 2)

aktueller Richtlinienentext:

(1) ¹Die Krankenhäuser können von den Mindestanforderungen im Sinne von § 1 Absatz 2 und § 2 der Richtlinie in Verbindung mit Anlage 2 Nummer I.2.2 Absatz 5 und 6 und Nummer II.2.2 Absatz 5 und 6 abweichen:

1. bei krankheitsbedingten Personalausfällen, die über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent des in der jeweiligen Schicht mindestens vorzuhaltenden Personals) hinausgehen oder

2. bei unvorhersehbarem Zugang von mehr als zwei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g innerhalb einer Schicht.

Kommentierung: Bei unvorhersehbarem Zugang ab zwei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500g innerhalb einer Schicht.

6. Erhöhung des Anteils von Pflegepersonal mit der Qualifikation Gesundheits- und Krankenpflege und nach Pflegeberufegesetz ohne Vertiefung Pädiatrie mit Fachweiterbildung

aktueller Richtlinienentext:

¹⁰Der Anteil der Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 2, mit einer Weiterbildung nach Satz 5 Buchstabe a, b, c oder d, die einen anderen Vertiefungseinsatz als der „pädiatrischen Versorgung“ absolviert haben, sowie der Anteil der Pflegekräfte nach Satz 8 darf insgesamt maximal 15 Prozent (gemessen an Vollzeitäquivalenten) betragen.

Kommentierung: Auf Grundlage der Erläuterung des Lösungsvorschlags Nr. 2a wird folgend ein weiterer Lösungsvorschlag benannt:

¹⁰Der Anteil der Pflegekräfte nach Anlage 2 Nr. I.2.2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, mit einer Weiterbildung nach Satz 5 Buchstabe a, b, c oder d, die einen anderen Vertiefungseinsatz als der „pädiatrischen Versorgung“ absolviert haben, sowie der Anteil der Pflegekräfte nach Satz 8 darf insgesamt maximal 50 Prozent (gemessen an Vollzeitäquivalenten) betragen. Diese 50 Prozent werden angerechnet auf die Fachweiterbildungsquote.

7. Fristverlängerung des Klärenden Dialoges nach §8 QFR-Richtlinie

aktueller Richtlinienentext:

²Diese vereinbarte Frist mit individueller Laufzeit bis zur Erfüllung darf eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2024 nicht übersteigen.

Kommentierung: Auf Grundlage der Datenerhebung zur Beurteilung des Umsetzungsstandes der Parameter der Qualitäts-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) im Bereich des Pflegepersonals soll folgender Lösungsvorschlag geltend gemacht werden:

Diese vereinbarte Frist mit individueller Laufzeit bis zur Erfüllung darf eine Laufzeit bis zum 31.12.2026 nicht übersteigen.

¹ Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma, QBAA-RL (in der Fassung vom 13.März 2008, zuletzt geändert am 06.Dezember 2023)

6. Veranstaltungen

Informationsveranstaltung „Externe Qualitätssicherung 2023“

Datum: 25.01.2023
Uhrzeit: 9:00 - 16:00 Uhr
Ort: Videokonferenz via Webex

Programm:

Teil A - Grundlagen und Allgemeines zur externen Qualitätssicherung in Hessen

- | | | |
|---|-------------------|--|
| 1 | 9:00 – 9:10 Uhr | Begrüßung und Moderation
Dr. Friedemann Woernle |
| 2 | 9:10 – 10:00 Uhr | DeQS-Richtlinie – Ziele, Strukturen und Verfahren
Referent Dr. Friedemann Woernle |
| 3 | 10:00 – 10:45 Uhr | Die Landesverfahren der externen Qualitätssicherung in Hessen
Referentin Simone Puttins |
| | 10:45 – 11:00 Uhr | PAUSE |
| 4 | 11:00 – 12:00 Uhr | Einführung und Grundsätzliches zum Datenmanagement
Referentin Blanka Rosenberger |

Teil B - Aktuelles zur externen Qualitätssicherung in Hessen

- | | | |
|---|-------------------|--|
| 1 | 13:00 – 13:10 Uhr | Begrüßung und Moderation
Dr. Björn Misselwitz |
| 2 | 13:10 – 13:30 Uhr | Aktuelle Informationen zum Datenmanagement EJ 2023/2024
Referentin Blanka Rosenberger |
| 3 | 13:30 – 14:15 Uhr | Aktueller Sachstand und Ergebnisse zu den Landesverfahren
Referent*innen Simone Puttins / Dr. Björn Misselwitz |
| 4 | 14:15 – 14:45 Uhr | Ergebnisse und Bewertungen zu den landesbezogenen Bundesverfahren
Referent Dr. Friedemann Woernle |
| | 14:45 – 15:00 Uhr | PAUSE |
| 5 | 15:00 – 15:30 Uhr | Follow-up Indikatoren in den Verfahren QS PCI und QS CHE
Referenten Dr. Björn Misselwitz / Dr. Friedemann Woernle |
| 6 | 15:30 – 16:00 Uhr | Entwicklungen im Verfahren QS WI
Referentin Simone Puttins |



Referierende

Claudia Ackermann

vdek - Landesvertretung Hessen, Frankfurt a.M.

Dr. med. Jens Allendörfer

Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen, Nidda

Prof. Dr. med. Max Geraedts

Philips-Universität Marburg, Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie

Dr. med. Stephen Kaendler

Praxis für Nervenheilkunde, Offenbach

Prof. Dr. med. Manfred Kaps

Praxisklinik Mittelhessen Wetzlar

Dr. med. Björn Misselwitz MPH

LAGQH GbR, Eschborn

Prof. Dr. med. Tobias Neumann-Haefelin

Klinikum Fulda, Klinik für Neurologie / Main-Kinzig-Kliniken, Klinik für Schlaganfallmedizin und Neurologie

Dr. Ben Michael Risch

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Abteilung V 6, Wiesbaden

Rainer Sand

vdek - Landesvertretung Hessen, Stationäre Versorgung, Frankfurt a.M.

Dr. med. Christian Schwark

Krankenhaus Nordwest, Klinik für Neurologie, Frankfurt a.M.

Christian Sommerbrodt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Wiesbaden

Dr. med. Stefan Specht

Kassenärztliche Vereinigung Hessen Neurologicum Griesheim

Prof. Dr. med. Marco Stein

Universitätsklinikum Gießen, Klinik für Neurochirurgie

Prof. Dr. med. Thorsten Steiner

Varisano Klinikum Frankfurt-Höchst, Klinik für Neurologie

Prof. Dr. med. Lars Timmermann

Universitätsklinikum Marburg, Klinik für Neurologie

8. Hessisches Schlaganfall-Symposium

Datum: 07.12.2023

Uhrzeit: 15:00 - 19:30 Uhr

Ort: Landesärztekammer Hessen in Frankfurt a. M.

PROGRAMM

15:00 – 15:15 Uhr

Begrüßung

- Claudia Ackermann
(Vorsitzende des Lenkungsgremiums der LAGQH)
- Dr. Christian Schwark
(Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen)
- Prof. Dr. Lars Timmermann
(Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurologie)

15:15 – 17:00 Uhr

Schlaganfall-Versorgung

Moderation: Dr. Björn Misselwitz

- Einführung
Prof. Dr. Tobias Neumann-Haefelin
- Schlaganfallkonzept Hessen
Dr. Ben Michael Risch
- Kurzstatements der Träger und Beteiligten:
Rainer Sand,
Dr. Stefan Specht,
Christian Sommerbrodt,
Dr. Christian Schwark
- Podiumsdiskussion

17:30 - 19:30

Versorgungsqualität

Moderation: Prof. Dr. Manfred Kaps

- Einführung zur Qualitätssicherung
Prof. Dr. Max Geraedts
- Ischämischer Insult
Prof. Dr. Tobias Neumann-Haefelin
- Intrazerebrale Blutungen
Prof. Dr. Thorsten Steiner
- Subarachnoidalblutung
Prof. Dr. Marco Stein
- Stationäre Rehabilitation
Dr. Jens Allendörfer
- Ambulante Nachsorge
Dr. Stephen Kaendler



7. Klinikbewertungen

Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätsberichterstattung sind alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser seit dem Jahr 2003 dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patient*innen sowie den einweisenden Ärzt*innen.

Die Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 136b Abs. 1, Satz 1, Nr. 3 SGB V. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt im Auftrag des Gesetzgebers fest, welche Informationen die Qualitätsberichte enthalten und wie sie gegliedert und bereitgestellt werden müssen.

Im Teil C.1 und C.2 veröffentlichen die Krankenhäuser standortbezogen ihre Ergebnisse aus den gesetzlichen QS-Verfahren. Diese enthalten sowohl die Dokumentationsraten, als auch die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren. Der G-BA beschließt jährlich auf Empfehlung des IQTIG, welche Qualitätsindikatoren aus den Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zur Veröffentlichung geeignet sind.

Die vollständigen Qualitätsberichte sind auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finden.

(<https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/#/suche>)

In den nachfolgenden Tabellen wurden die Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden, für die hessischen Kliniken in tabellarischer Form abgebildet. Die Darstellung erfolgt thematisch nach Leistungsbereichen und ist regional nach Orten sortiert.

Die Bewertung der Qualitätsindikatoren erfolgte bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen durch die jeweiligen Fachkommissionen in Hessen, bzw. bei planungsrelevanten Indikatoren durch das IQTIG.

Bitte beachten Sie, dass eine Bewertung in einem einzelnen Indikator nicht automatisch auf die Qualität der gesamten Abteilung beziehungsweise des gesamten Hauses übertragbar ist, sondern lediglich die Bewertung eines einzelnen Indikators zu einem bestimmten Zeitpunkt widerspiegelt.

Die Angaben in den folgenden Tabellen sind ohne Gewähr.

Farblegende

Einstufung	Bewertung	Begründung
Bewertung nicht vorgesehen, da kein Ergebnis vorliegt		
Bewertung nicht vorgesehen	N01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht auftreten
	N02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	N99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitativ unauffällig bzw. Ergebnis liegt im Referenzbereich		
Ergebnis liegt im Referenzbereich	R10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	U34	zureichend
	U61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
	U62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	U63	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
	U99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Keine Aussage zur Qualität möglich		
Bewertung nicht möglich wegen fehlender Dokumentation	D80	Unvollständige oder falsche Dokumentation
	D81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
	D99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	H99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Sonstiges	S92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
	S99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitativ auffällig		
Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	A43	unzureichende Qualität (plan. QI)
	A71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
	A72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
	A99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung/
Hüftendoprothesenversorgung

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	HGV-OSFRAK						HGV-HEP																		
				N	54042	54029	54033	54050	54030	N	10271	54013	54012	54018	54019	54120	54015	54016	54017	54004	54003	54002	54001					
Südosthessen																												
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	18	R10	R10	R10	D80	R10	91	A71	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	R10	
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	134	R10	R10	R10	R10	R10	175	R10	R10	R10	R10	U62	A71	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	83	R10	R10	R10	R10	R10	209	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	108	R10	S99	R10	R10	R10	219	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	133	R10	R10	A72	R10	R10	295	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	70	R10	R10	R10	R10	R10	335	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Schotten	Kreis Krankenhaus Schotten	771757	29	R10	S99	R10	R10	R10	97	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	62	R10	R10	R10	R10	R10	189	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
Südhausen																												
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	53	R10	R10	R10	R10	R10	145	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	98	A72	R10	R10	R10	R10	178	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	128	R10	R10	R10	R10	R10	142	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	96	R10	R10	R10	R10	R10	230	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Groß-Gerau	Kreis Krankenhaus Groß-Gerau	772158	61	R10	R10	R10	R10	R10	172	R10	R10	R10	R10	A99	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	69	R10	R10	R10	R10	R10	142	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Heppenheim	Kreis Krankenhaus Bergstraße	772028	77	R10	R10	R10	H99	R10	150	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Lorsch	Schön Klinik Lorsch	772483	20	R10	R10	R10	R10	R10	816	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Seeheim-Jugenheim	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772773							325	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	
	Viernheim	St. Josef-Krankenhaus	771922	≤3*	R10	R10	R10	R10	R10	176	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A72	R10	

*Datenschutz

Knieendoprothesenversorgung				KEP													
Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation												
					54128	54127	54028	54124	54125	54123	50481	54022	54021	54020			
Südosthessen					Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	Sterblichkeit bei elek. Knieendoprothesen-Erstimpl., Knieendoprothesen-Wechsel bzw.	Gehunfähigkeit bei Entlassung	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Indikation zur unkondylären Schlittenprothese	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation			
	Büdingen	Bergman Deutsche Klinik Büdingen	773450	56	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	N01	N01	R10			
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	52	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	83	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	N01	R10	R10			
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	130	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10			
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	131	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	N01	R10			
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	≤3*	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	N01	R10	N01			
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	267	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10	R10	R10	R10			
	Schotten	Kreis Krankenhaus Schotten	771757	110	R10	R10	R10	S99	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	63	R10	R10	R10	U62	R10	U62	R10	R10	R10	R10			
Südhessen																	
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	151	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	A72	R10			
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	106	R10	A72	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	≤3*	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	N01	N01	R10			
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	111	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Groß-Gerau	Kreis Krankenhaus Groß-Gerau	772158	61	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Groß-Umstadt	Kreis Kliniken Darmstadt-Dieburg	772772	≤3*	R10	R10	R10	R10	N01	R10	N01	N01	N01	R10			
	Heppenheim	Kreis Krankenhaus Bergstraße	772028	69	R10	R10	R10	R10	R10	H99	R10	R10	R10	R10			
	Lorsch	Schön Klinik Lorsch	772483	583	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U63	R10	R10			
	Seeheim-Jugenheim	Kreis Kliniken Darmstadt-Dieburg	772773	391	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Viernheim	St. Josef-Krankenhaus	771922	151	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			

*Datenschutz

8. Datenmanagement

Datenmanagement

Die Aufgaben und Verpflichtungen der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) sind zum 01.01.2022 geregelt an die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) übertragen worden. Die GQH wurde somit zum 01.01.2022 in die LAGQH überführt. Seitdem ist die Datenannahmestelle der LAGQH für die Annahme, Prüfung und Weiterleitung der QS-Daten aller Module der DeQS-RL und Landesverfahren (inkl. Überlieger aus 2021 und Innenlieger 2022) für hessische Krankenhäuser zuständig.

Datenübermittlung

Voraussetzung für die Datenübermittlung durch die stationären Einrichtungen ist die Registrierung eines Dokumentationssystems und die Zuweisung einer 7-stelligen Registriernummer mit dazugehöriger Passphrase durch die Datenannahmestelle. Die notwendigen öffentlichen Schlüssel für den Datenversand sind auf der Homepage der LAGQH unter <https://www.lagqh.de/datenmanagement/verschluesselung> zu fin-

den. Diese Daten werden für die Erstellung der Soll- und Risikostatistik benötigt.

Die Exportdateien aus dem klinikinternen Dokumentationssystem werden gepackt (zip) und mit der Transportphrase verschlüsselt und anschließend per Mail an Datenannahmestelle (datenservice@lagqh.net) gesendet. Die Daten der Landesverfahren werden im CSV-Format übermittelt und die Daten der DeQS-Verfahren im XML-Format. Die einzelnen Schritte der Datenübermittlung sind in den Abb. 8.1 und 8.2 dargestellt.

Die Leistungserbringer*innen erhalten anschließend die Antwortdateien, welche in das eigene Dokumentationssystem importiert werden können. Zudem erhalten die Leistungserbringer*innen zu jeder Datenlieferung einen Datenstand, sodass nachvollzogen werden kann wie viele Daten zu diesem Zeitpunkt übermittelt wurden. Mögliche implausible Fälle, die nicht verarbeitet werden konnten werden mit der entsprechenden Vorgangsnummer ganz unten im Dokument des Datenbestands aufgeführt.

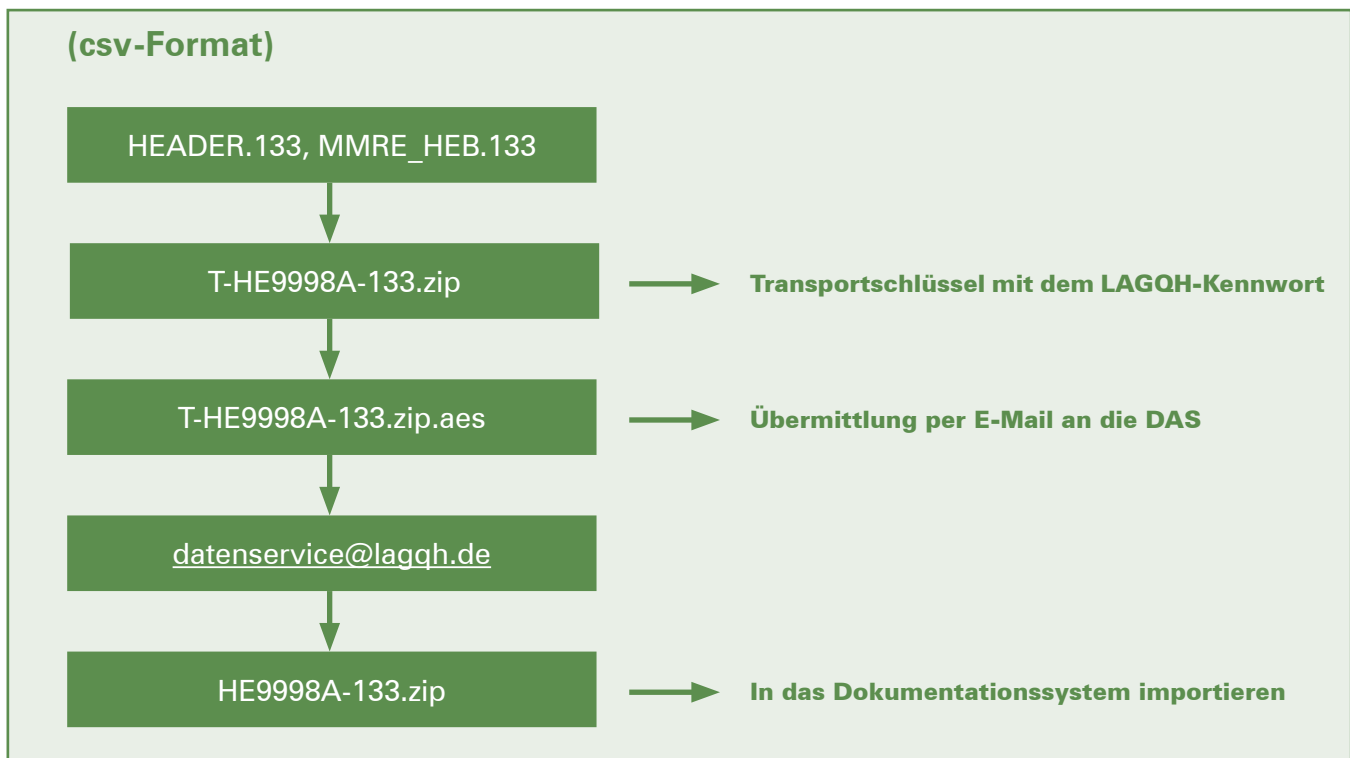


Abb. 8.1 Datenübermittlung Landesverfahren (CSV-Format)

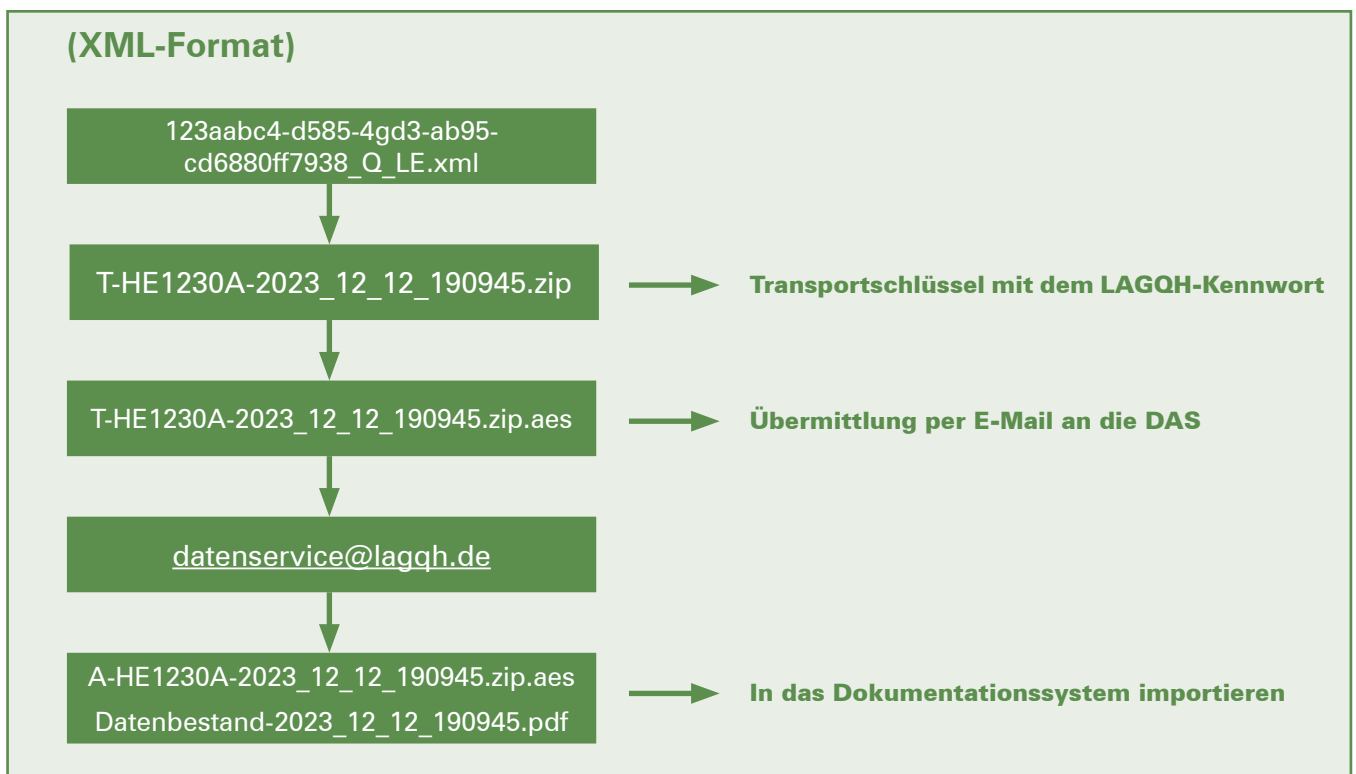


Abb. 8.2 Datenübermittlung DeQS-Verfahren (XML-Verfahren)

Wie Abbildung 8.3 zeigt, werden die Daten der Landesverfahren nicht an Dritte übermittelt und werden von der LAGQH ausgewertet. Die Daten der DeQS-Verfahren werden an Dritte weitergeleitet: Bundesauswertungsstelle, Vertrauensstelle und Versendestelle. Die Bundesauswertungsstelle erstellt die Berichte für die Leistungserbringer*innen.

Die Berichtspakete werden in dem nachfolgenden Format zur Verfügung gestellt (beispielhaft für DEK):

- ✓ DEQS_Quartalsbericht-DEK_2023-Q3_LEAE_260699999-770000-he+lkq#123test_2023-06-30.zip

Alle Quartals- und Jahresberichte sowohl der DeQS-Verfahren als auch der Landesverfahren werden den Leistungserbringer*innen im QS-Portal der LAGQH zur Verfügung gestellt (Tab. 8.1). Alle Stellungnahmeverfahren und auch der Strukturierte Dialog im Landesverfahren SA_HE wurden, wie im Vorjahr, ausschließlich über das QS-Portal durchgeführt. Die unterjährig geführten Strukturierten Dialoge im Landesverfahren MRE_HE wurden per E-Mail abgewickelt, sollen aber perspektivisch ebenfalls über das QS-Portal laufen.

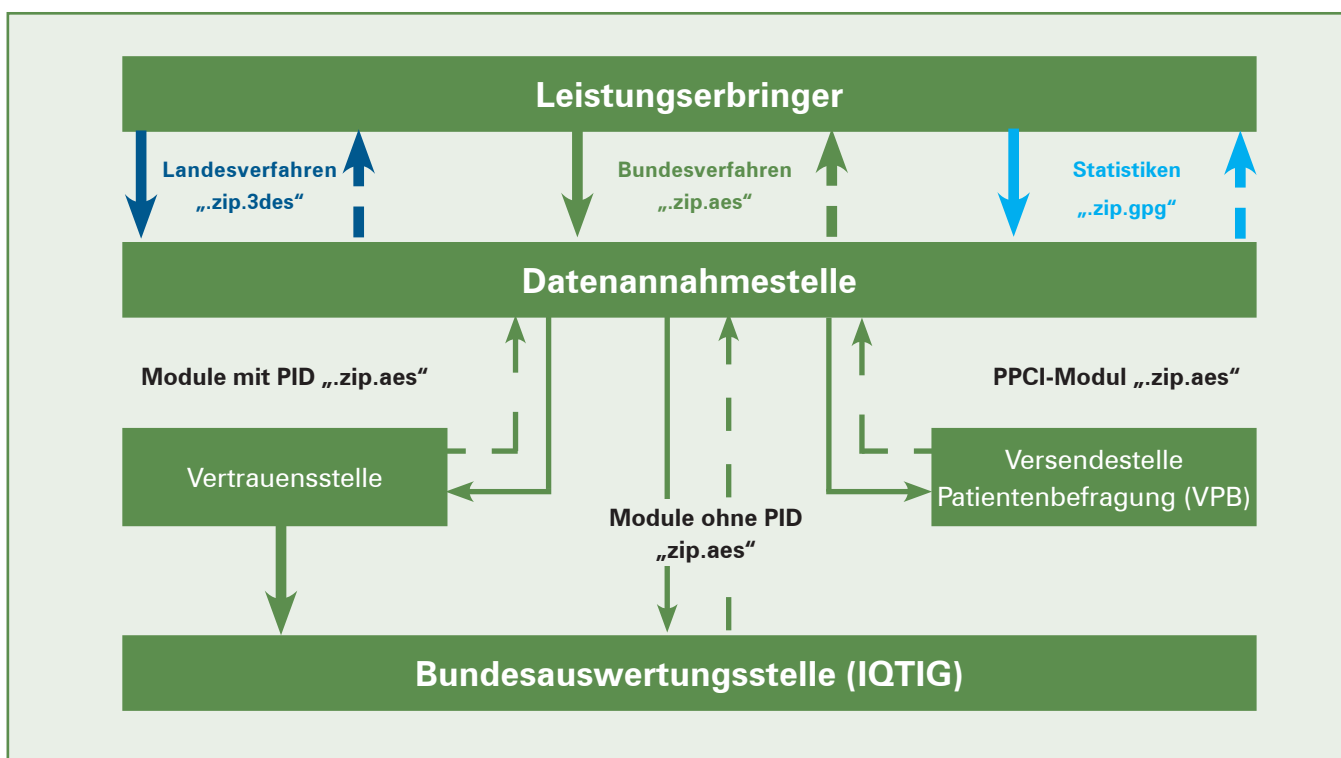


Abb. 8.3 Ablaufschema Datenfluss

Dateiname	Endung	Ausschreibung/Inhalt
DEQS_Quartalsbericht_2023-Q3_IS_	pdf	Allgemeines I nformations S chreiben
DEQS_Quartalsbericht_2023-Q3_Leseanleitung_IS_	pdf	Erläuterungen zu maschinenlesbaren Dokumenten
DEQS_DEK_2023-Q3_LEAW_260699999-770000-he+lkg#123test_	pdf	L eistungs E rbringer A us W ertung Rückmeldebericht für den Leistungserbringer
DEQS_DEK_2023-Q3_ERG_260699999-770000-he+lkg#123test_	csv	E R G ebnistabelle
DEQS_DEK_2023-Q3_AV_260699999-770000-he+lkg#123test_	pdf	A uffällige V orgänge Liste der Vorgangsnummer (auffällige Patienten/Fälle)
DEQS_DEK_2023-Q3_AV_260699999-770000-he+lkg#123test_	pdf	Tabelle A uffällige V orgänge

Tab. 8.1 Berichtspaket - Dateinamenskonventionen

Abgabefristen

exkl. Patientenbefragung PCI (PPCI)

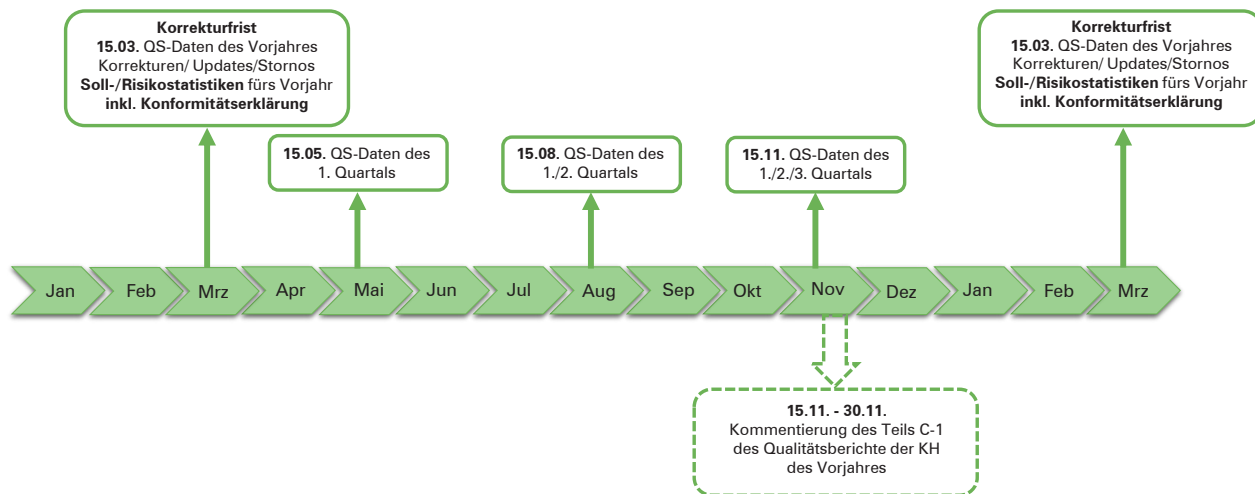


Abb. 8.4 Abgabefristen exkl. Patientenbefragung PCI (PPCI)

Datenlieferfristen

In der DeQS-R galten ab dem 01.01.2022 verkürzte Datenabgabefristen. Das Einhalten der unterjährigen Fristen hat sich jedoch während des Erfassungsjahres 2022 aus Sicht der Leistungserbringer*innen als sehr schwierig erwiesen. Als Folge dessen wurde die Abgabefrist durch den im Dezember 2022 gefassten G-BA Beschluss vom 22.02. auf den 28.02. festgesetzt. Somit konnten für die QS-Daten aller Vorquartale des Jahres 2022 bis zum Ende der Korrekturfrist am 15.03.2023 übermittelt werden. Die einzige Ausnahme war die Übermittlung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES). Diese Datensätze mussten bis zum 28.02.2023 geliefert werden. Dies hat sich mit dem EJ 2023 jedoch geändert und die Abgabefrist der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wurde ebenfalls auf den 15.03.2024 verschoben.

Verfahren PPCI

Im Rahmen des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie nach DeQS-RL wurde am 01.07.2022 die Datenerfassung im neuen Modul Patientenbefragung (PPCI) gestartet. Alle stationären und ambulanten Leistungserbringer*innen, die bei Patient*innen eine Koronarangiographie oder eine Herzkatheteruntersuchung elektiv vorgenommen oder einer dieser beiden Eingriffe akut durchgeführt haben, sind verpflichtet, die QS-Bögen im Modul PPCI zu erfassen. Neben den auslösenden Prozeduren werden hier die Adressen der behandelten Personen erfasst, verschlüsselt und monatlich über die zuständige Datenannahmestelle an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt. Im stationären Bereich findet der Export jeweils bis zum 7. des Folgemonats nach dem Indexeingriff und Entlassung der Patient*innen statt. Eine Korrekturfrist der QS-Datensätze ist hier bis zum 14. eingeräumt, so dass eine Stichprobenziehung am 15. jeden Monats durchgeführt wird.

Der PPCI-Datenexport und die -übermittlung der Update- oder Stornodatensätze ist dem gängigen Datenexport der DeQS-Verfahren angeglichen. Der einzige Unterschied besteht darin, dass die PPCI-Lieferungen über die Datenannahmestelle direkt an die Versendestelle übermittelt werden und diese die entsprechenden Datenflussprotokolle zurückmeldet.

Je nach erfasster Prozedur in den gezogenen Datensätzen druckt die Versendestelle entsprechende Fragebögen und stellt diese den entanonymisierten Personen postalisch zu. Diese füllen die Fragebögen aus und schicken sie in einem beigelegten vorfrankierten Umschlag an die Fragebogenauswertungsstelle des IQTIG zurück. Hier werden die Fragebögen geprüft, digitalisiert und der Bundesauswertungsstelle des IQTIG anonymisiert zur Verfügung gestellt. Eine Auswertung der QS-Daten eines kompletten Erfassungsjahres 2022 im Modul PPCI ist in die Jahresberichte

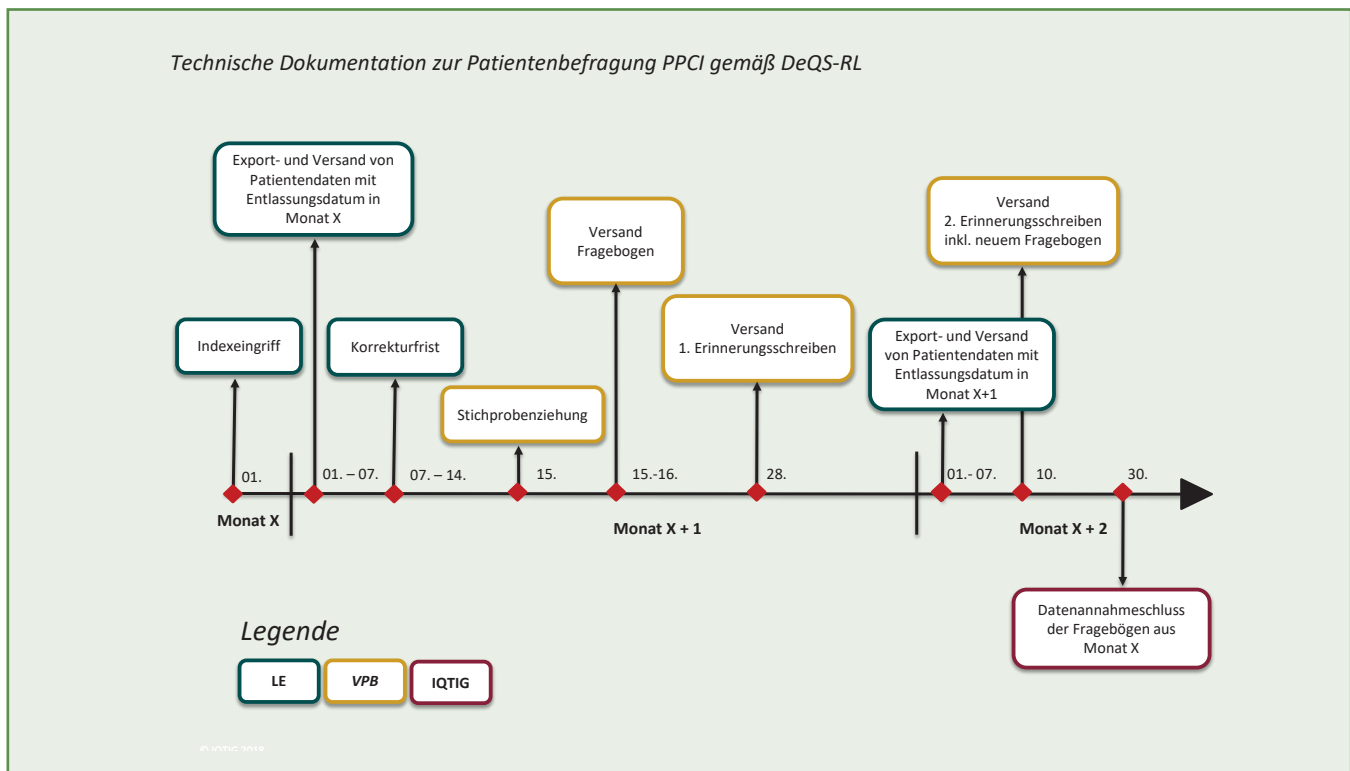


Abb. 8.5 Schema Patientenbefragung © IQTIG 2023

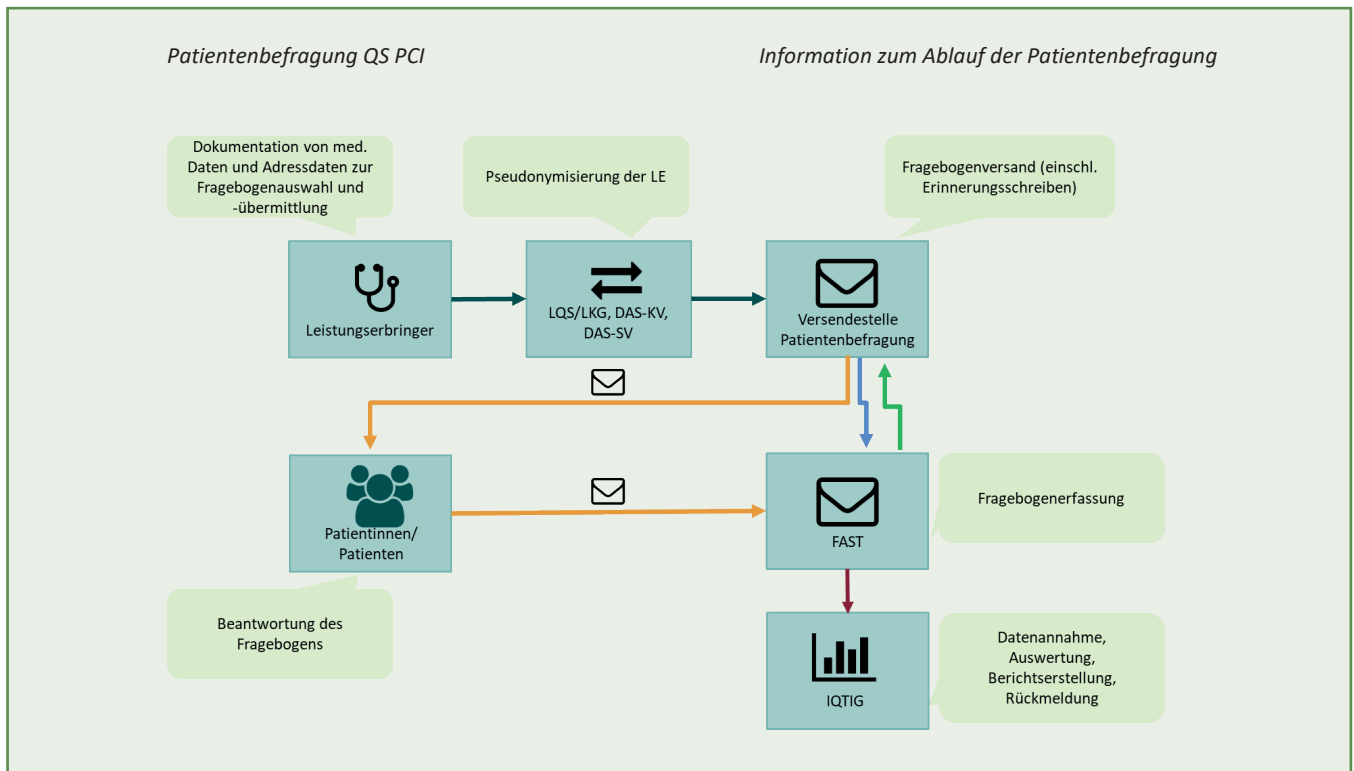


Abb. 8.6 Ablaufschema Patientenbefragung © IQTIG 2022

der am PCI-Verfahren teilnehmenden Leistungserbringer*innen integriert. Eine Ausweisung der Anzahl der tatsächlich zu übermittelten PPCI-Datensätze ist in der Sollstatistik nicht vorgesehen. Der Abgleich der gelieferten PPCI-Datensätzen mit den in der Sollstatistik ausgewiesenen Anzahl der PCI-Datensätze findet bei der Bundesauswertungsstelle statt.

an diesen Verfahren teilnehmenden Transplantationszentren sollten ebenfalls für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 (wegen Follow-up Indikatoren) einen nochmaligen Export ihrer QS-Daten durchführen. Die betroffenen Häuser hatten dann die Möglichkeit die QS-Daten aus den Vorjahren zum 15.03.2023 erneut an die Datenannahme zu übermitteln.

Verfahren QS TX und QS NET

Nach der Datenprüfung der QS-Verfahren QS TX und QS NET des Erfassungsjahres 2021 wurden durch das IQTIG systematische Fehler bei der Bereitstellung der PI-Daten (verschlüsselte eGK-Versichertennummer als patientenidentifizierendes Pseudonym) festgestellt. Diese Fehler führten im Vorjahr in einigen Fällen zu rechnerischen Auffälligkeiten. Damit die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2022 korrekt sind, musste dieser Softwarefehler rückwirkend korrigiert werden. Alle

Soll- und Risikostatistik

Die methodische Sollstatistik der DeQS-RL wurde ab dem Erfassungsjahr 2022 wieder pro entlassenden Standort eines Krankenhauses generiert. Die EDOK Sollstatistik wird weiterhin auf IK-Nummern-Basis erstellt. Die unterschriebenen Konformitätserklärungen können ab diesem Erfassungsjahr mittlerweile unter Verwendung der elektronischen Signatur auch per E-Mail bis zum 15.03. an die Geschäftsstelle übermittelt werden.



9. Publikationen

Trends in stroke severity at hospital admission and rehabilitation discharge before and during the COVID-19 pandemic in Hesse, Germany: a register-based study

Matthias Hans Belau ¹, Björn Misselwitz ², Uta Meyding-Lamadé ³, Burc Bassa ³

Abstract

Background: The COVID-19 pandemic has affected acute stroke care, resulting in a decrease in stroke admissions worldwide. We examined trends in stroke severity at hospital admission, including (1) probable need for rehabilitation (National Institutes of Health Stroke Scale score > 6 points) and (2) probable need for assistance (modified Rankin Scale score > 2 points), and discharge to rehabilitation after acute care among inpatients with acute ischemic stroke and intracerebral hemorrhage.

Methods: We compared quality assurance data for acute ischemic stroke and intracerebral hemorrhage during the pandemic with the period before the pandemic in Hesse, Germany, using logistic regression analyses.

Results: Fewer inpatients with a probable need for rehabilitation were present at the beginning of the second wave of the COVID-19 pandemic in September 2020 (adjusted OR (aOR) 0.85, 95% CI [0.73, 0.99]), at the end of the second national lockdown in May 2021 (aOR 0.81, 95% CI [0.70, 0.94]), and at the approaching peak of COVID-19 wave 4 in November 2021 (aOR 0.79, 95% CI [0.68, 0.91]). Rates of probable need for assistance were significantly lower at the beginning of COVID-19 wave 2 in August 2020 (aOR 0.87, 95% CI [0.77, 0.99]) and at the beginning of COVID-19 wave 3 in March 2021 (aOR 0.80, 95% CI [0.71, 0.91]). Rates of discharge to rehabilitation were lower from the beginning in October 2020 to the peak of COVID-19 wave 2 in December 2020 (aOR 0.83, 95% CI [0.77, 0.90]), at the beginning and end of COVID-19 wave 3 in March 2021 and May 2021 (aOR 0.86, 95% CI [0.79, 0.92]), respectively, and at the beginning of COVID-19 wave 4 in October 2021 (aOR 0.86, 95% CI [0.76, 0.98]).

Conclusions: The results suggest that the COVID-19 pandemic had an impact on stroke management during the pandemic, but the absolute difference in stroke severity at hospital admission and discharge to rehabilitation was small.

DOI: 10.1186/s42466-024-00308-5

Errors in the classification of pregnant women according to Robson ten-group classification system

Deirdre Marlene Gantt, Björn Misselwitz, Vinzenz Boos, Anke Reitter

Abstract

Objectives: The Robson Ten-Group Classification System (TGCS) is widely used as a classification system for perinatal analyses such as Caesarean section (CS) rates. In Germany, standardised data sets on deliveries are classified by quality assurance institutions using the TGCS. This observational study aims to evaluate potential errors in the TGCS classification of deliveries

Study Design: Manual TGCS classification of all 1370 deliveries in an obstetric unit in 2018 and comparison with semi-automatic TGCS classifications of the quality assurance institution.

Results: In the manual classification, 259 out of 1370 births (18.9 %) were assigned to a different Robson group than in the semi-automatic classification. The proportions of births by Robson group were significantly different in TGCS group 1 (32.2 % vs. 37.6 %, $p = 0.0034$) and group 2 (18.4 % vs. 14.4 %, $p = 0.0053$). Concordance between manual and semi-automatic classifications ranged from 59.5 % in group 2 to 100.0 % in groups 6, 7, 8, and 9. The most frequent mismatches were for the parameters “onset of labour” in 184 cases (13.4 %), “parity” in 42 cases (3.1 %) and “previous uterine scars” in 23 cases (1.7 %). In the manual classification, there were significant differences in the CS rate in group 1 (7.9 % vs. 2.5 %, $p < 0.0001$), group 2 (30.2 % vs. 48.2 %, $p < 0.0001$), and group 4 (14.1 % vs. 37.4 %, $p = 0.0004$), compared to the semi-automatic classification.

Conclusions: Due to incorrect data entry and unclear definitions of criteria, quality assurance data in obstetric databases may contain a relevant proportion of errors, which could influence statistics with TGCS in context of CS rates in international comparisons.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.006>

Specialization of Acute Stroke Care in Germany: Structural Changes During 2006-2017

Dijana Ebbeler, Michael Schneider, Otto Busse, Klaus Berger, Patrik Dröge, Christian Günster, Manfred Kaps , Björn Misselwitz, Nina Timmesfeld, Max Geraedts

Abstract

Hintergrund: Um die Schlaganfallversorgung zu optimieren, wurden in Deutschland in den letzten Jahren verschiedene qualitätsfördernde Maßnahmen (qfM) in regional unterschiedlichem Maß eingeführt. Ob sich diese Maßnahmen über die Jahre flächendeckend etabliert haben, ist unklar.

Methode: Für die strukturbezogenen Analysen der Schlaganfallversorgung in Deutschland wurden alle relevanten dokumentierten Schlaganfälle (ICD-10) aus den Qualitätsberichten (QB) deutscher Krankenhäuser und eine repräsentative Stichprobe von Krankenversicherungsdaten (AOK) im Zeitraum von 2006 (QB)/2007 (AOK) bis 2017 verwendet. Diese Informationen wurden u. a. durch Angaben zu zertifizierten Stroke Units der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) und Daten zur Führung von regionalen Schlaganfall-Registern der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR) ergänzt. Zur Verfolgung der Veränderungen des Versorgungsgeschehens im deutschen Bundesgebiet wurden die Daten mit geografischen Daten (Bundesamt für Kartographie und Geodäsie) verknüpft. Es erfolgten univariate Analysen der Daten und eine Trend-Analyse der verschiedenen qfM im Jahresverlauf (Konkordanzkoeffizient nach Kendall).

Ergebnisse: Die QB Analysen zeigten einen Anstieg kodierter Schlaganfälle in Krankenhäusern mit qfM um 14-20 %. In 2006 wurden 80 % der Schlaganfälle (QB) in einem Krankenhaus mit min. einer qfM kodiert, in 2017 95 %. Diese Entwicklungen spiegelten sich auch in den AOK-Routinedaten wider, wobei in 2007 89 % und in 2017 97 % der Patient:innen unter mindestens einer qfM behandelt wurden. Dabei waren in 2007 bei 55 % der behandelnden Krankenhäuser qfM vorhanden, in 2017 bei 72 %.

Schlussfolgerungen: Patient:innen werden inzwischen signifikant häufiger in Krankenhäusern mit Spezialisierung auf die Schlaganfallversorgung behandelt. Auch die verschiedenen qfM haben sich im Laufe der Jahre im gesamten Bundesgebiet verbreitet, jedoch existieren noch Versorgungslücken, die geschlossen werden sollten, damit in Zukunft alle Patient:innen qualitativ hochwertig behandelt werden können.

PMID: 34942663 DOI: 10.1055/a-1690-6786

Associations between structure- and process-orientated measures and stroke long term mortality - an observational study based on routine data

Dijana Ebbeler, Michael Schneider, Otto Busse, Klaus Berger, Patrik Dröge, Christian Günster, Björn Misselwitz , Nina Timmesfeld, Max Geraedts

Abstract

Objectives: Various measures are used to improve the quality of stroke care. In Germany, these include concentrating treatment in specialized facilities (stroke units), mandatory quality comparisons of hospitals in some German states, and treatment according to prespecified structure and process specifications (neurological complex treatment 8-981 or 8-98b). These measures have previously only been analyzed individually and regarding short-term patient outcomes. This study analyzes these measures in combination, considering patients' comorbidities as well as stroke severity in a longitudinal perspective..

Materials and methods: Analyses were based on data from 243,415 insurees of Germany's biggest health insurance (AOK) admitted to hospitals between 2007 and 2017 with cerebral infarction. Mortality risk was calculated using Cox regressions adjusted for various covariates. Kaplan-Meier analyses were differentiated by treatment site (stroke unit/external quality assurance/ Federal State Consortium of Quality Assurance Hesse - LAGQH) were performed, followed by log-rank tests and p-value adjustment. Trend analyses were performed for treatment types in combination with treatment sites.

Results: All analyses showed significant advantages for patients who received Neurological Complex Treatment, especially when the treatment was performed under external quality assurance conditions and/or in stroke units. There was an increasing frequency of specialized stroke treatment.

Conclusions: Quality-enhancing structures and processes are associated with a lower mortality risk after stroke. There appears to be evidence of a cascading benefit from the implementation of neurological complex treatment, external quality assurance, and ultimately, stroke units. Consecutively, care should be concentrated in hospitals that meet these specifications. However, since measures are often applied in combination, it remains unclear which specific measures are crucial for patient outcome

PMID: 37516024 DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107241

Analysis of the Results of Sonographic Screening Examinations According to the Maternity Guidelines Before and After the Introduction of the Extended Basic Screening (IIb Screening) in Hesse

Christine Schmand, Björn Misselwitz, Helge Hudel, Ivonne Bedei, Aline Wolter, Johanna Schenk, Corinna Keil, Siegmund Köhler, Roland Axt-Fliedner

Abstract

Aim of the Study: The aim of the study is to examine the detection rates of malformations before and after the introduction of extended basic screening in Hesse by the Federal Joint Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss, GQH) on July 1, 2013..

Methode: This is a retrospective, mainly exploratory data analysis of quality assurance data from the Office for Quality Assurance in Hesse (GQH). The data was collected in the period from January 1, 2010 to December 31, 2016 in the obstetric departments of the Hessian hospitals using documentation forms. The classification and evaluation of the diagnoses is based on ICD-10-GM-2019.

Results: At least one malformation is present in 0.7% of the cases. With a share of 30.0%, most of the congenital malformations are from the musculoskeletal system. 12.2% of the malformations come from the facial cleft, closely followed by malformations of the circulatory system with 11.3%. The highest prenatal detection rate (PDR) is found in congenital malformations of the nervous system at 56.8%. The lowest PDR is found in those of the genital organs with 2.1%. The PDR of cardiovascular malformations is 32.9%. Overall, a PDR of 25.2% is achieved. There was no change in the number of prenatal malformation diagnoses after the introduction of extended basic ultrasound. The distribution of malformation diagnoses not detected prenatally to the organ systems also has not changed after the introduction.

Conclusions: The introduction of extended basic ultrasound did not bring the desired improvement with regard to the PDR in Hesse. Alternative approaches should be considered.

PMID: 35304733 DOI: 10.1055/a-1778-3585

Publikationsliste 2017 – 2024

(in PubMed gelistete Beiträge) - Stand Juni 2024

2024

Trends in stroke severity at hospital admission and rehabilitation discharge before and during the COVID-19 pandemic in Hesse, Germany: a register-based study.
Belau MH, Misselwitz B, Meyding-Lamadé U, Bassa B.
Neurol Res Pract. 2024 Mar 7;6(1):18. doi: 10.1186/s42466-024-00308-5. PMID: 38449050 Free PMC article.

Errors in the classification of pregnant women according to Robson ten-group classification system.
Gantt D-M, Misselwitz B, Boos V, Reitter A.
EJOG. 2024 April;295(4):e53-e57. English. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.006>.

2023

Analysis of the Results of Sonographic Screening Examinations According to the Maternity Guidelines Before and After the Introduction of the Extended Basic Screening (IIb Screening) in Hesse.
Schmand C, Misselwitz B, Hudel H, Bedei I, Wolter A, Schenk J, Keil C, Köhler S, Axt-Fliedner R.
Ultraschall Med. 2023 Aug;44(4):e175-e183. English. doi: 10.1055/a-1778-3585. Epub 2022 Mar 18. PMID: 35304733.

Associations between structure- and process-orientated measures and stroke long term mortality - an observational study based on routine data.
Ebbeler D, Schneider M, Busse O, Berger K, Dröge P, Günster C, Misselwitz B, Timmesfeld N, Geraedts M. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2023 Sep;32(9):107241. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107241. Epub 2023 Jul 27. PMID: 37516024

[Specialization of Acute Stroke Care in Germany: Structural Changes During 2006-2017].
Ebbeler D, Schneider M, Busse O, Berger K, Dröge P, Günster C, Kaps M, Misselwitz B, Timmesfeld N, Geraedts M.
Gesundheitswesen. 2023 Apr;85(4):242-249. doi: 10.1055/a-1690-6786. Epub 2021 Dec 23. PMID: 34942663 German

2022

Long-term outcomes of stroke unit care in older stroke patients: a retrospective cohort study.
Geraedts M, Ebbeler D, Timmesfeld N, Kaps M, Berger K, Misselwitz B, Günster C, Dröge P, Schneider M.
Age Ageing. 2022 Sep 2;51(9):afac197. doi: 10.1093/ageing/afac197. PMID: 36057988

Reduction of Ischemic Stroke Associated Disability in the Population: A State-Wide Stroke Registry Analysis over a Decade.
Foerch C, Schaller-Paule MA, Steinmetz H, Misselwitz B, Bohmann FO.
J Clin Med. 2022 Nov 25;11(23):6942. doi: 10.3390/jcm11236942. PMID: 36498520

Divergence and Convergence of Sex-Specific Time Trends in Ischemic Stroke: 10-Year Analysis of a State-Wide Registry in Germany.
Schaefer JH, Bohmann FO, Lieschke F, Misselwitz B, Foerch C. J Am Heart Assoc. 2022 Oct 18;11(20):e027130. doi: 10.1161/JAHA.122.027130. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36250659

Analysis of the Results of Sonographic Screening Examinations According to the Maternity Guidelines Before and After the Introduction of the Extended Basic Screening (IIb Screening) in Hesse.
Schmand C, Misselwitz B, Hudel H, Bedei I, Wolter A, Schenk J, Keil C, Köhler S, Axt-Fliedner R.
Ultraschall Med. 2022 Mar 18. doi: 10.1055/a-1778-3585. Online ahead of print. PMID: 35304733 English.

2021

[Specialization of Acute Stroke Care in Germany: Structural Changes During 2006-2017].
Ebbeler D, Schneider M, Busse O, Berger K, Dröge P, Günster C, Kaps M, Misselwitz B, Timmesfeld N, Geraedts M.
Gesundheitswesen. 2021 Dec 23. doi: 10.1055/a-1690-6786.

Caesarean Section. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S3-Level, AWMF Registry No. 015/084, June 2020).

Louwen F, Wagner U, Abou-Dakn M, Dötsch J, Lawrenz B, Ehm D, Surbek D, Essig A, Greening M, Schäfers R, Mattern E, Waterstradt IC, Kästner R, Lütje W, Kranke P, Messroghli L, Wenk M, Kehl S, Schlößer R, Lüdemann K, Maier B, Misselwitz B, Heller G, Bosch A, Nielsen R, Rothe C, Sirsch E, Kalberer BS, Vogel T, von Kaisenberg C, Nothacker M, Hülsewiesche B, Allert R, Jennewein L.

Geburtshilfe Frauenheilkd. 2021 Aug;81(8):896-921. doi: 10.1055/a-1529-6141. Epub 2021 Aug 9. PMID: 34393255; PMCID: PMC8354346.

Quality Assurance Measures and Mortality After Stroke—a Retrospective Cohort Study.

Geraedts M, Ebbeler D, Timmesfeld N, Kaps M, Berger K, Misselwitz B, Günster C, Dröge P, Schneider M. Dtsch Arztebl Int. 2021 Dec 17;(Forthcoming):arztebl.m2021.0339. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0339. Free article.

Quality assurance data for regional drip-and-ship strategies—gearing up the transfer process.

Boss EG, Bohmann FO, Misselwitz B, Kaps M, Neumann-Haefelin T, Pfeilschifter W, Kurka N. Neurol Res Pract. 2021 Aug 2;3(1):38. doi: 10.1186/s42466-021-00136-x. Free PMC article.

Evaluation of Endovascular Treatment for Acute Basilar Occlusion in a State-Wide Prospective Stroke Registry.

Gruber K, Misselwitz B, Steinmetz H, Pfeilschifter W, ohmann FO.

Front Neurol. 2021 Jun 11;12:678505. doi: 10.3389/fneur.2021.678505. eCollection 2021. Free PMC article.

2020

Intravenous thrombolysis or mechanical thrombectomy do not increase risk of acute symptomatic seizures in patients with ischemic stroke.

Zöllner JP, Misselwitz B, Mauroschat T, Roth C, Steinmetz H, Rosenow F, Strzelczyk A.

Sci Rep. 2020 Dec 3;10(1):21083. doi: 10.1038/s41598-020-78012-y. Free PMC article.

Association Between Adherence to Quality Indicators and 7-Day In-Hospital Mortality After Acute Ischemic Stroke.

Haas K, Rücker V, Hermanek P, Misselwitz B, Berger K, Seidel G, Janssen A, Rode S, Burmeister C, Matthis C, Koennecke HC, Heuschmann PU; German Stroke Register Study Group (ADSR).

Stroke. 2020 Oct 12;STROKEAHA120029968. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.029968.

[Critical Outcome and Hypoxic Ischemic Encephalopathy - A quality Assurance Issue].

Schmidt S, Misselwitz B, Schuster R, Schrod L. Z Geburtshilfe Neonatol. 2020 Oct 7. doi: 10.1055/a-1258-4639.

[Comparability of different data sources on stroke care in Germany].

Eyding J, Misselwitz B, Weber R, Neumann-Haefelin T, Bartig D, Krogias C.

Nervenarzt. 2020 Oct;91(10):877-890. doi: 10.1007/s00115-020-00989-8.

[Thrombectomy rates following primary admission to stroke units with and without thrombectomy service : Results from a quality assurance program in Hesse].

Link T, Misselwitz B, Kaps M, Pfeilschifter W, Neumann-Haefelin T.

Nervenarzt. 2020 Aug 28. doi: 10.1007/s00115-020-00984-z.

[Quality of care of acute ischemic stroke in Germany 2018].

Misselwitz B, Grau A, Berger K, Bruder I, Burmeister C, Hermanek P, Hohnhold R, Koennecke HC, Matthis C, Heuschmann PU.

Nervenarzt. 2020 Jun;91(6):484-492. doi: 10.1007/s00115-020-00908-x.

Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study.

Seijmonsbergen-Schermer AE, van den Akker T, Rydahl E, Beeckman K, Bogaerts A, Binfa L, Frith L, Gross MM, Misselwitz B, Hálfhánsdóttir B, Daly D, Corcoran P, Calleja-Agius J, Calleja N, Gatt M, Vika Niilsen AB, Declercq E, Gissler M, Heino A, Lindgren H, de Jonge A

PLoS Med. 202 May 22.

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) on admission predicts acute symptomatic seizure risk in ischemic stroke: a population-based study involving 135,117 cases. Zöllner JP, Misselwitz B, Kaps M, Stein M, Konczalla J, Roth C, Krakow K, Steinmetz H, Rosenow F, Strzelczyk A. *Sci Rep.* 2020 Mar 2;10(1):3779. doi: 10.1038/s41598-020-60628-9.

Acute symptomatic seizures in intracerebral and subarachnoid hemorrhage: A population study of 19,331 patients. Zöllner JP, Konczalla J, Stein M, Roth C, Krakow K, Kaps M, Steinmetz H, Rosenow F, Misselwitz B, Strzelczyk A. *Epilepsy Res.* 2020 Mar;161:106286. doi: 10.1016/j.eplepsyres.2020.106286. Epub 2020 Feb 5.

2019

Eignung von Qualitätsindikatorensets in der Gesundheitsversorgung für verschiedene Einsatzgebiete – Forschungs- und Handlungsbedarf.

Döbler K, Schrappe M, Kuske S, Schmitt J, Sens B, Boywitt D, Misselwitz B, Nothacker M, Geraedts M. *Gesundheitswesen.* 2019 Oct;81(10):781-787. doi: 10.1055/a-1007-0811. Epub 2019 Oct 1.

Characteristics, management and outcomes of very preterm triplets in 19 European regions.

Dudenhausen JW, Misselwitz B, Piedvache A, Maier RF, Weber T, Zeitlin J, Schmidt S; EPICE Research Group. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Dec;147(3):397-403. doi: 10.1002/ijgo.12939. Epub 2019 Sep 15.

Mode of delivery and mortality and morbidity for very preterm singleton infants in a breech position: A European cohort study.

Schmidt S, Norman M, Misselwitz B, Piedvache A, Huusom LD, Varendi H, Barros H, Cammu H, Blondel B, Dudenhausen J, Zeitlin J, Weber T; EPICE Research Group. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019 Mar;234:96-102. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.01.003. Epub 2019 Jan 11.

2018

Raten, Risikofaktoren und Outcomeparameter von Übergewicht und Adipositas anhand der Hessischen Perinatalerhebung 2000 – 2015.

Arabin B, Noever K, Misselwitz B, Timmesfeld N. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2018; 78(06): A52-A53. DOI: 10.1055/s-0038-1660626

Mütterlicher Einfluss auf das Geburtsgewicht und die Länge bei Geburt von 2000 – 2015 anhand der Perinatalerhebung in Hessen zwischen 2000 und 2015.

Noever K, Kinkel J, Timmesfeld N, Misselwitz B, Arabin B. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2018; 78(06): A53. DOI: 10.1055/s-0038-1660627.

Inwieweit werden „Choosing Wisely“ Kriterien bereits in der geburtshilflichen Praxis berücksichtigt?

Schradin L, Timmesfeld N, Misselwitz B, Arabin B. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2018; 78(06): A67. DOI: 10.1055/s-0038-1660661

Adipositas in der Schwangerschaft – Risiken für Mutter und Kind in der prä-, peri- und postnatalen Phase.

Hagen M, Jennewein L, Misselwitz B, Louwen F. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2018; 78(10): 272-273 DOI: 10.1055/s-0038-1671591

[Is it Reasonable to Establish an Independently Managed Obstetric Unit in a Small Hospital and Does it Result in Measurable Changes in Quality of Maternity Care?].

Reitter A, Doehring N, Maden Z, Hessler PA, Misselwitz B. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2019 Jun;223(3):147-156. doi: 10.1055/a-0749-9024. Epub 2018 Dec 7.

Duration and Time Trends in Hospital Stay for Very Preterm Infants Differ Across European Regions.

Maier RF, Blondel B, Piedvache A, Misselwitz B, Petrou S, Van Reempts P, Franco F, Barros H, Gadzinowski J, Boerch K, van Heijst A, Draper ES, Zeitlin J; MOSAIC and EPICE Research Groups. *Pediatr Crit Care Med.* 2018 Dec;19(12):1153-1161. doi: 10.1097/PCC.0000000000001756.

Cohort study from 11 European countries highlighted differences in the use and efficacy of hypothermia prevention strategies after very preterm birth.

Wilson E, Zeitlin J, Piedvache A, Misselwitz B, Christensson K, Maier RF, Norman M, Bonamy AE; EPICE research group. *Acta Paediatr.* 2018 Jan 21

2017

Sonografische und invasive Pränataldiagnostik in Hessen von 2001 bis 2015.

Noever K, Barkhaus C, Timmesfeld N, Misselwitz B, Arabin B
Ultraschall Med 2017; 38(S 01): S1-S65. DOI: 10.1055/s-0037-1606998

Folgen deutsche Neugeborene den Wachstumskurven von „Intergrowth“? – Ein Vergleich korrespondierender Daten aus Hessen und eine Motivation zu angepassten Wachstumskurven

Arabin B, Noever K, Gardosi J, Misselwitz B, Timmesfeld N.
Z Geburtshilfe Neonatol 2017; 221(S 01): E1-E113. DOI: 10.1055/s-0037-1607655

Epidemiology and Outcome of Major Congenital Malformations in a Large German County.

Wittekindt B, Schloesser R, Doberschuetz N, Salzmann-Manrique E, Grossmann J, Misselwitz B, Rolle U.
Eur J Pediatr Surg. 2019 Jun;29(3):282-289. doi: 10.1055/s-0038-1642630. Epub 2018 May 1.

One decade of oral anticoagulation in stroke patients: Results from a large country-wide hospital-based registry.

Tanislav C, Allendörfer J, Pfeilschifter W, Fuest S, Stein M, Meyer M, Reuter I, Kaps M, Misselwitz B.
Int J Stroke. 2017 Jan 1

Decision-to-Delivery Time and Perinatal Complications in Emergency Cesarean Section.

Heller G, Bauer E, Schill S, Thomas T, Louwen F, Wolff F, Misselwitz B, Schmidt S, Veit C.
Dtsch Arztebl Int. 2017 Sep 4;114(35-36):589-596.

Is mortality a useful parameter for public reporting in pacemaker implantation? Results of an obligatory external quality control programme.

Nowak B, Misselwitz B, Przibille O, Mehta RH.
Europace. 2017 Apr 1;19(4):568-57

Stroke unit care in germany: the german stroke registers study group (ADSR).

Hillmann S, Wiedmann S, Rücker V, Berger K, Nabavi D, Bruder I, Koennecke HC, Seidel G, Misselwitz B, Janssen A, Burmeister C, Matthis C, Busse O, Hermanek P, Heuschmann PU; German Stroke Register Study Group (ADSR).
BMC Neurol. 2017 Mar 9;17(1):49

10. Anhang



Leseanleitung

Ergebnistabellen der Qualitätsindikatoren sowie der Auffälligkeitskriterien der Bundesverfahren

Die vom IQTIG berechneten Ergebnisse für die einzelnen Qualitätsindikatoren (blaue Tabellen, Bsp. Abb. 10.1) bzw. Auffälligkeitskriterien sind in entsprechenden „Ergebnistabellen“ dargestellt.

Hier werden neben den IDs auch die Bezeichnung der QIs/AKs abgebildet sowie der Bundesreferenzbereich und das Bundes- sowie das hessische Ergebnis. Ist der hessische Ergebnis signifikant besser so sind die betreffenden Felder bei den Qualitätsindikatoren grün (s. Abb. 10.1) sowie bei den Auffälligkeitskriterien blau hinterlegt. Sollte das hessische Ergebnis im Vergleich zum Bundesergebnis signifikant schlechter ausfallen, so sind die Ergebnisse sowohl bei den QIs als auch bei den AKs grau hinterlegt.

ID	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Bund	Ergebnis Hessen	
54143	Systeme 3. Wahl	n. d.	2,02 % 1.352 / 66.880	1,48 % 69 / 4.656	Anteil in Prozent Fälle Zähler/Nenner
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	≥ 60 %	88,41 % 78.103 / 88.339	89,73 % 5.402 / 6.020	
101800	Dosis-Flächen-Produkt	≤ 3,36 O / E / N	0,87 5.475 / 6.271 / 72.847 7,52 %	0,69 293 / 426 / 5.025 5,83 %	Rate beobachtet zu erwartet beobachtete-/erwartete-/Gesamtfallzahl Anteil beobachtete Fälle in Prozent

Abb. 10.1 Muster-Ergebnistabelle der Qualitätsindikatoren

Farbliche Bewertung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der Landesverfahren

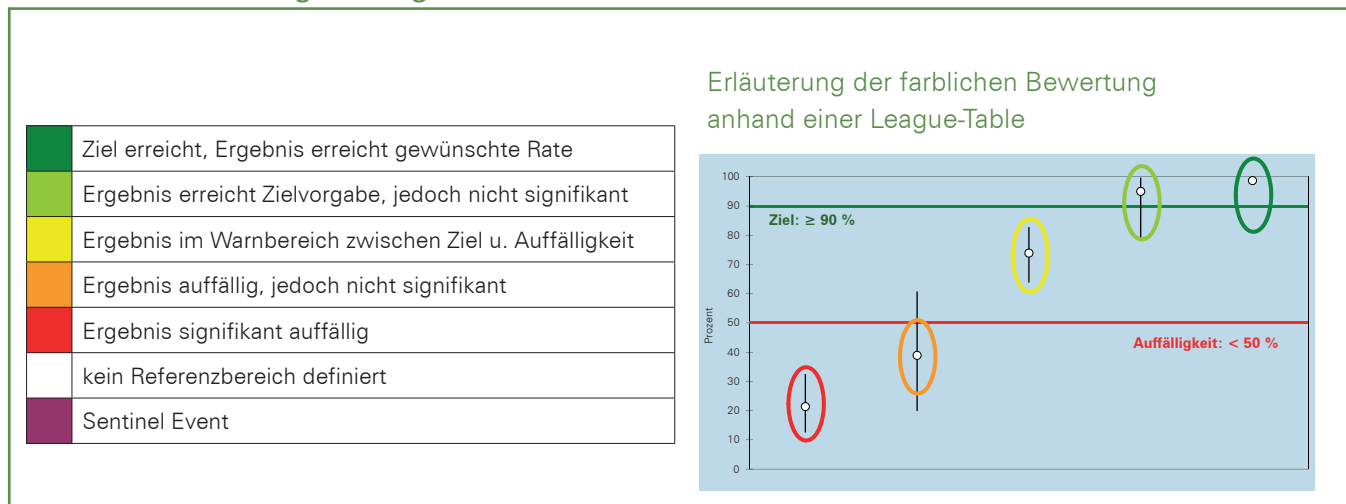


Abb. 10.2

Ärztliches Peer Review

Begehung und Begutachtung einer Klinik und eines Leistungsbereiches durch unabhängige Gutachter aus dem gleichen Fachgebiet (Peers). Zentrale Aspekte des Peer Reviews sind der Dialog auf Augenhöhe, Wertschätzung und gegenseitiges Lernen. Zusammen mit der Klinik werden die Strukturen und Prozesse in der jeweiligen Abteilung und im Rahmen des jeweiligen Leistungsverfahrens diskutiert. Damit soll das Review einen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Prozesse und zur Qualitätssicherung in der Klinik leisten.

Auffälligkeit, rechnerisch

Eine rechnerische Auffälligkeit liegt vor, wenn das Ergebnis eines Qualitätsindikators für einen Leistungserbringer außerhalb des Referenzbereichs liegt, ohne Berücksichtigung von Fallzahlen und Konfidenzintervallen. Rechnerische Auffälligkeiten ziehen üblicherweise eine weitere Beurteilung nach sich (Strukturierter Dialog /Stellungnahmeverfahren), bei der entschieden wird, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt.

Auffälligkeit, qualitativ

Bewertung eines Qualitätsindikators eines Leistungserbringerergebnissen auf Grundlage eines Strukturierten Dialoges/ Stellungnahmeverfahrens durch Expertengremien, wenn der QI ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufweist.

Auffälligkeit, statistisch

Eine statistische Auffälligkeit liegt vor, wenn das Ergebnis eines Qualitätsindikators für einen Leistungserbringer auch unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle und Fallzahlen außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ergänzend zur rechnerischen Auffälligkeit berücksichtigt die statistische Auffälligkeit damit, dass nicht alle Einflüsse auf das Behandlungsergebnis messbar oder erhebbar sind.

Bundesdatenpool

Die von Leistungserbringern im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung bundesweit dokumentierten Daten werden in einer Datenbank, dem Bundesdatenpool, zusammengeführt, um sie auswerten zu können (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

Datenannahmestelle

Zu den Aufgaben der Datenannahmestellen gehören die Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung der QS-Daten. Für den Export von Datenlieferungen benötigt das Krankenhaus eine Registrierung bei der Datenannahmestelle. Für die Datenannahme der indirekten Verfahren ist die auf Landesebene beauftragte Stelle (LQS) zuständig. Bei den direkten Verfahren übernimmt die Bundesauswertungsstelle (IQTIG) diese Funktion (s. IQTIG).

Datenübermittlung

Es besteht eine quartalsweise Lieferpflicht. Es bleibt für die Krankenhäuser die Möglichkeit, geänderte, korrigierte oder neue Datensätze bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres nachzuliefern oder Datensätze zu stornieren (§ 6 Abs. 3 plan. QI-RL).

Datenvalidierung

Bei der Datenvalidierung handelt es sich um die Überprüfung der von den Kliniken im Rahmen der externen Qualitätssicherung dokumentierten Daten auf Korrektheit, Vollständigkeit und Vollzähligkeit. Folgende Verfahren kommen hierbei zur Anwendung:

- **Statistische Basisprüfung**

Mit der statistischen Basisprüfung werden an Hand bestimmter Kriterien die vorliegenden Daten der Qualitätssicherung auf „inhaltliche“ Plausibilität geprüft. Weiterhin sollen mit Hilfe einiger Kennzahlen zum Teil unter Nutzung von Risikomodellen unglaubwürdige Ergebnisse aufgedeckt werden.

- **Stichprobenverfahren**

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens werden jedes Jahr auf Bundesebene per Los maximal drei Leistungsbereiche ausgewählt. Für jedes Bundesland werden dann aus diesen Leistungsbereichen jeweils 5 % der teilnehmenden Standorte und aus deren erfassten Daten jeweils bis zu 20 Fälle per Zufallsverfahren gezogen. Die LAGQH nimmt dann für die hessischen Kliniken direkt vor Ort Einsicht in die Patientenakte und gleicht diese mit dokumentierten QS-Daten ab.

- **Vollzähligkeit**

Die Vollzähligkeit (Dokumentationsrate) wird anhand des Abgleichs der Soll-Zahl aus der methodischen Sollstatistik (erwartete Daten) mit den tatsächlich an die Datenannahmestellen übermittelten und fehlerfreien QS-Daten (Ist-Zahl) festgestellt. Eine Abweichung der 100%-Dokumentationsrate führt in der Regel zu einem Strukturierten Dialog.

- **Minimaldatensatz**

Der Minimaldatensatz (MDS) wurde eingeführt, um denjenigen Konstellationen Rechnung zu tragen, in denen ein Fall durch den QS-Filter als dokumentationsverpflichtend ausgelöst wird, obwohl der Datensatz des entsprechenden Leistungsbereichs nicht für die Dokumentation geeignet ist. Minimaldatensätze werden für die Sollstatistik gezählt, nicht aber zur Berechnung von Indikatoren verwendet. (Qualitätsreport 2017 IQTIG). Eine Rate von mehr als 5 % Anteil an MDS in einem Modul kann einen Strukturierten Dialog auslösen.

Erfassungsinstrument / Erhebungsinstrument

Spezifizierung der Art und Weise der Erfassung von Daten (für die externe Qualitätssicherung) bzw. der Erschließung/Nutzbarmachung von Datenquellen. Beispiel:

Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation).

Erfassungsjahr

Das Erfassungsjahr (EJ) bezeichnet das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen meistens die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren.

Follow-Up

Nachbeobachtung einer initialen Versorgungsleistung zu weiteren Zeitpunkten. Follow-Up-Indikatoren bewerten die Qualität des Behandlungsergebnisses unter Berücksichtigung dieser weiteren Beobachtungen über einen festgelegten Zeitraum (z. B. 1-Jahres-Follow-up).

Logistische Regression

Die logistische Regression ist eine statistische Methode, um den Einfluss verschiedener Größen (z.B. Alter, Geschlecht oder Begleiterkrankung) auf eine binäre, d. h. nur eine von zwei Möglichkeiten zulassende, Zielvariable (z.B. Auftreten einer Komplikation: ja/nein) zu analysieren. Sie wird im Rahmen der Risikoadjustierung verwendet, um die erwartete Rate des interessierenden Ereignisses eines O/E-Indikators zu bestimmen.

O/E (observed/expected)

O/E bezeichnet das Verhältnis der beobachteten Rate (observed, O) zur erwarteten Rate (expected, E) eines interessierenden Ereignisses. Die beobachtete Rate gibt an, wie häufig das interessierende Ereignis (z.B. Auftreten einer Komplikation) eingetreten ist. Die erwartete Rate gibt an, wie häufig basierend auf einer Referenzpopulation erwartet wird, dass das interessierende Ereignis unter Berücksichtigung patientenseitiger Risikofaktoren eintritt. Zur Berechnung der erwarteten Raten werden Regressionsmodelle herangezogen, die in der Regel auf Daten des Vorjahres zurückgreifen. Ein O/E-Wert von 1,20 bedeutet beispielsweise, dass die beobachtete Rate eines interessierenden Ereignisses um den Faktor 1,2 größer ist als die erwartete Rate (also um 20 %). Umgekehrt bedeutet ein O/E-Wert von 0,90, dass die beobachtete Rate eines interessierenden Ereignisses um 10 % kleiner ist als die erwartete. Ein O/E-Wert von 1 bedeutet, dass die unter Berücksichtigung patientenseitiger Risikofaktoren erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen eingetreten ist.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI)

Sinn und Zweck der planungsrelevanten Indikatoren soll sein, den Planungsbehörden der Länder Entscheidungsgrundlage für die Krankenhausplanung zu liefern. Die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sollen an die Landesbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen übermittelt werden und diesen Einrichtungen Kriterien zur Bewertung der Ergebnisse an die Hand geben. Es sollen quartalsweise Zwischenberichte (Quartals- und rollierende Jahresauswertungen) zu den plan. QI des IQTIG erstellt werden. Die Berichte gehen an die DAS, die diese an die Kliniken weiterleitet. Auffälligkeiten in den Auswertungen sollen zu Mitteilungen an das Krankenhaus durch die LAG führen. Krankenhäuser, die in der Jahresauswertung statistisch auffällig werden, lösen eine Datenvalidierung aus.

Plausibilitätsprüfung

Prüfung der Daten auf Korrektheit und Vollständigkeit.

Pseudonymisierung

„Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, in der die Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die Daten keiner betroffenen Person zugewiesen werden können“ (§ 46 Bundesdatenschutzgesetz).

QS-Verfahren

Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in einem Versorgungsbereich. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen medizinisch-pflegerischen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (beispielsweise der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen. Der Begriff „Leistungsbereich“ wird meist synonym zu QS-Verfahren verwendet. Es wird zwischen direkten und indirekten Verfahren unterschieden:

- **Bundesbezogene (direkte) QS-Verfahren:**

Bundesbezogene direkte Verfahren werden aufgrund der kleinen Anzahl durchführender Leistungserbringer*innen direkt vom IQTIG betreut. Es handelt sich dabei zurzeit um die Verfahren der Transplantationsmedizin und Herzchirurgie.

- **Länderbezogene (indirekte) Verfahren**

Länderbezogene indirekte Verfahren betreffen vergleichsweise viele Leistungserbringer*innen und werden daher auf Landesebene von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) bzw. Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) betreut (Qualitätsreport IQTIG 2020).

- **Landesverfahren**

Landesverfahren werden nur in einzelnen Bundesländern auf Basis eigener Vertragsmodelle durchgeführt. Für Hessen sind dies drei Projekte: MRE-Projekt Hessen (MRE_HE Schlaganfall Akutbehandlung (SA_HE) und Schlaganfall Frührehabilitation (SA_FRUEHREHA).

Qualitätsindikatoren

Konstrukt, das aus Versorgungsdaten nachvollziehbare Bewertungen der Versorgungsqualität ableitet. Jeder Qualitätsindikator hat ein Qualitätsziel, ein spezifisches Dokumentations- und Messverfahren und ein Bewertungskonzept. Das Indikatorendergebnis für einen Leistungserbringer wird basierend auf dem Referenzbereich als rechnerisch auffällig oder unauffällig bewertet (Qualitätsreport 2020 IQTIG).

Referenzbereich

Dieser zeigt an, ob das Ergebnis eines Qualitätsindikators rechnerisch auffällig oder rechnerisch unauffällig ist. Die Referenzbereiche können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden (z. B. prozentilbasiert).

Zielbereich:

Anzustrebender Bereich (zum Teil direkt an den Auffälligkeitsbereich angrenzend)

Auffälligkeitsbereich:

Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse

Risikoadjustierung

Ergebnisindikatoren bedürfen häufig einer Risikoadjustierung, um einen fairen Vergleich der Werte zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu werden unterschiedliche Methoden (z. B. Stratifizierung, Standardisierung, Adjustierung) angewandt. Bei einer Risikoadjustierung mit logistischer Regression sollen patientenseitige Faktoren, die einen Einfluss auf das Ergebnis haben und mutmaßlich nicht von den Krankenhäusern beeinflusst werden können, herausgerechnet werden. Dies wird dadurch beschränkt, dass nur diese Faktoren, die auch erfasst werden, miteinbezogen werden können. Der Einfluss eines jeden Faktors wird mit einem entsprechenden Parameter quantifiziert. Dies geschieht auf Bundesebene (IQTIG) anhand der Daten aller bundesweit erfassten Patienten. Mit den vorliegenden Parametern kann nun für jeden einzelnen Fall das Risiko errechnet werden, zu welchem ein definiertes Ereignis (z. B. Tod) eintritt. Risikoadjustierte Ergebnisse werden immer als O/E-Ratio angegeben.

Risikostatistik

Jedes Krankenhaus muss jährlich, neben einer Sollstatistik, auch eine Risikostatistik erstellen und an die DAS übermitteln. Es handelt sich hier um einen Bestandteil der QS-Spezifikation. Diese wird aktuell zur Risikoadjustierung im Verfahren Dekubitusprophylaxe (QS DEK) verwendet.

Rollierende Auswertungen

Hierbei handelt es sich um nach einem bestimmten Turnus erstellte und aktualisierte Auswertungen, z. B. eine quartalsweise Darstellung, bei der das aktuelle Quartal den letzten vier Quartalen (diese beinhalten auch das aktuelle Quartal) gegenübergestellt wird.

Beispiel:

Die Ergebnisse des 4. Quartals stehen den Ergebnissen des 1. – 4. Quartals 2017 (1. Quartal 2017 + 2. Quartal 2017 + 3. Quartal 2017 + 4. Quartal 2017) gegenüber.

Für die Auswertung im nachfolgenden Quartale (z. B. 1. Quartal 2018) wird Darstellung für die vier Quartale dementsprechend angepasst. Dabei ersetzt das aktuelle Quartal das „älteste“ Quartal (in diesem Beispiel 2. Quartal 2017 + 3. Quartal 2017 + 4. Quartal 2017 + 1. Quartal 2018).

Sentinel Event

Sentinel Events sind seltene, schwerwiegende Ereignisse von besonderer Bedeutung. Jeder Fall in einem Sentinel-Event-Indikator führt zu einer rechnerischen Auffälligkeit, die eine weitere Beurteilung im Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren nach sich zieht, bei der entschieden wird, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt.

Spezifikation

Bei der Spezifikation handelt es sich um die Datensatzbeschreibung, d. h. Festlegung, wie die Dokumentationspflicht ausgelöst wird, welche Datenfelder der QS-Dokumentation wie erhoben werden und welche Instrumente dafür geeignet sind (z. B. für Plausibilitätsprüfungen).

Eine Spezifikation besteht aus Dateien für die technische Realisierung, Softwareprodukten zum Einsatz bei den Verfahrensteilnehmern und Dokumenten zur Erläuterung der Umsetzung. Ziel der Spezifikationen ist eine identische Umsetzung der Vorgaben unter allen Leistungserbringern*innen und Leistungsbereichen. Dies erhöht die Dokumentationsqualität und sorgt für ein höchstes Maß an Datenschutz.

Statistische Auffälligkeit

Eine statistische Auffälligkeit liegt vor, wenn das Ergebnis eines Qualitätsindikators für einen Leistungserbringer auch unter Berücksichtigung fallzahlbedingter statistischer Unsicherheit außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ergänzend zur rechnerischen Auffälligkeit berücksichtigt die statistische Auffälligkeit damit, dass nicht alle Einflüsse auf das Behandlungsergebnis messbar oder erhebbar sind. Diese Einflüsse fallen bei kleineren Fallzahlen stärker ins Gewicht als bei größeren. Ein rechnerisch unauffälliges Ergebnis ist stets auch statistisch unauffällig. Für planungsrelevante Qualitätsindikatoren ziehen statistische Auffälligkeiten üblicherweise eine weitere Beurteilung nach sich (Stellungnahmeverfahren), bei der entschieden wird, ob es sich um eine indikative Auffälligkeit handelt (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

Strukturierter Dialog/ Stellungnahmeverfahren

Bei Leistungserbringer*innen mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (Ergebnis eines Qualitätsindikators liegt außerhalb eines bundes- oder landesweit definierten Referenzbereiches) wird in Abstimmung mit dem jeweiligen Fachgremium (Fachausschuss oder Fachkommission) ein Strukturierter Dialog (bei Landesverfahren) bzw. Stellungnahmeverfahren (bei länderbezogenen Verfahren) eingeleitet. Hierbei wird zur Klärung eines oder mehrerer abweichender Ergebnisse Kontakt mit den verantwortlichen Personen der Leistungserbringer*innen aufgenommen. Dies geschieht durch Einfordern einer schriftlichen Stellungnahme. Diese werden anonymisiert an das Fachgremium zur Bewertung weiter gegeben. Die Bewertung erfolgt über ein bundeseinheitliches Bewertungsschema. Diese Bewertung wird bei den berichtspflichtigen Qualitätsindikatoren mit veröffentlicht. Falls im Rahmen der schriftlichen Stellungnahme das abweichende Ergebnis nicht ausreichend begründet wird, hat das Fachgremium die Möglichkeit, weiterführende QS-Maßnahmen zu empfehlen.

Transparenzkennzahl

Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog/Stellungnahmeverfahren aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt eines Leistungsbereiches/ eines Leistungserbringers im Rahmen der externen Qualitätssicherung. (www.iqtig.org)

Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)

Ein Vertrauensbereich ist ein Bereich um einen berechneten Ergebniswert eines Indikators. Der Vertrauensbereich berücksichtigt, dass nicht alle Einflüsse auf das Behandlungsergebnis messbar oder erhebbar sind. Die Breite des Vertrauensbereichs gibt an, wie stark diese unbeobachteten Einflüsse ins Gewicht fallen. Je schmaler der Vertrauensbereich, desto belastbarer ist die Information, die aus den erhobenen Daten über das Ergebnis gewonnen werden kann. Die Breite des Vertrauensbereichs hängt unter anderem von der Fallzahl ab, die dem Ergebnis zugrunde liegt. Je größer die Fallzahl, desto schmaler ist der Vertrauensbereich. Liegt der Vertrauensbereich eines Ergebnisses außerhalb des Referenzbereichs, so ist das Ergebnis auch unter Berücksichtigung der unbeobachteten Einflüsse auffällig.

Abkürzungsverzeichnis

4MRGN	.....s. MRGN	FD-HEF	.....Versorgungsgebiet Fulda - Bad Hersfeld
Abb.	.....Abbildung	F-OF	.....Versorgungsgebiet Frankfurt am Main - Offenbach
ADSR	.....Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register	FRBI	.....Frührehabilitations-Barthel-Index
AGGW	.....Aggregatwechsel	FU	.....Follow-up
AK	.....Auffälligkeitskriterium	G-BA	.....Gemeinsamer Bundesausschuss
AK-ID	.....Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums	GbR	.....Gesellschaft bürgerlichen Rechts
AOK	.....Allgemeine Ortskrankenkasse, gesetzliche Krankenversicherung	GI-MR	.....Versorgungsgebiet Gießen - Marburg
aQua	.....Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen	GKiKP	.....Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen
ASA	.....American Society of Anesthesiologists (Schema zur Klassifikation von Patient*innen nach Risikogruppen)	GKV	.....Gesetzliche Krankenversicherung
BI	.....Barthel-Index (Instrument zur Messung der Fähigkeiten zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag)	GQH	.....Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen
BKK	.....Betriebskrankenkasse	GYN-OP	.....Gynäkologische Operationen
BMG	.....Bundesministerium für Gesundheit	GZ	.....Gesundheitszentrum
BPD	.....Bronchopulmonale Dysplasie	H	.....Hinweis
BQS	.....vormals Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung jetzt Institut für Qualität und Patientensicherheit	HCH	.....Herzchirurgie
CAP	.....Ambulant erworbene Pneumonie	HE	.....Hessen
CHE	.....Cholezystektomie	HEP	.....Hüftendoprothesenversorgung
CT	.....Computertomografie	HEP_IMP	.....Hüftendoprothesenimplantation
DA	.....Versorgungsgebiet Darmstadt	HEP_WE	.....Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel
DAS	.....Datenannahmestelle	HER2	..... human epidermal growth factor receptor 2 (epidermaler Wachstumsfaktor)
DCIS	.....duktales Carcinoma in situ	HGV	.....Hüftgelenkversorgung
DEF / DEFI	.....implantierbare Defibrillatoren	HHyGVo	.....Hessische Hygieneverordnung
DEK	.....Dekubitusprophylaxe	HI	.....Hirnfarkt
DeQS-RL	.....Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung	HKG	.....Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.
DIAL	.....Dialyse	HMFG	.....Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
DKG	.....Deutsche Krankenhausgesellschaft	HMSI	.....Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
DOAK	.....Direkte orale Antikoaganzien	HSMDEF	.....Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren
DS/DSA	.....Digitale Subtraktionsangiografie	IAT	.....Intraarterielle Therapie
DSG	.....Deutsche Schlaganfallgesellschaft	ICB	.....Intrazerebrale Blutung
DV	.....Datvalidierung	ICD	.....International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen)
EB	.....Einrichtungsbefragung	ICD	.....implantierter Cardioverter Defibrillator
EDOK	.....Einrichtungsspezifische Dokumentation	ID	.....Identifikationskennzahl
E-E-Zeit	.....Zeit vom Entschluss zur Notsectio bis zur Entbindung	IK	.....Institutionskennzeichen
eGK	.....elektronische Gesundheitskarte	IKK	.....Innungskrankenkasse
EJ	.....Erfassungsjahr	IMPL	.....Implantation
esQS	.....externe stationäre Qualitätssicherung	IQTIG	.....Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
FAST	.....SchlaganfallconSortium Rhein-Neckar	INR	.....Internatiol Normalized Ratio (Gerinnungsfähigkeit des Blutes)

INVN	Interdisziplinäres Neurovaskuläres Netzwerk Rhein-Main	OP	Operation
i.V.m.	in Verbindung mit	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
KB	keine Bewertung	PB	Patientenbefragung
KEP	Knieendoprothesenversorgung	PCI	Perkutane Koronarintervention
KEP_IMP	Knieendoprothesenimplantation	PD	Privatdozent
KEP_WE	Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
KG	Kollegiale Fachgespräche	PEJ	Perkutane endoskopische Jejunostomie
KH	Krankenhaus	PfIBG	Pflegeberufegesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz	PID/PI-Daten	Patienten Identifizierende Daten
KS	Versorgungsgebiet Kassel	plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
KSV	kein Stellungnahmeverfahren	PM	Perinatalmedizin
KV	Kassenärztliche Vereinigung	PNEU	Pneumonie
LÄKH	Landesärztekammer Hessen	POA	Present on Admission
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft	PPCI	Patientenbefragung PCI
LAGQH	Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen	PREM	Patient-Reported Experience Measure
LB	Leistungsbereich	PROM	Patient-Reported Outcomes Measure
LE	Leistungserbringer	PZ	Perinatalzentrum
MACCE	major adverse cardiac and cerebrovascular events (schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen)	QA	qualitativ auffällig
MC	Mammachirurgie	QB	Qualitätsbericht
MD	Medizinischer Dienst	QI	Qualitätsindikator
MDS	Minimaldatensatz	QHD	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
MR	Magnetresonanz	QM	Qualitätsmanagement
MRE	Multiresistente Erreger	QS	Qualitätssicherung
MRGN	Multiresistente gramnegative Erreger	QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus	QSFFx-RL	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femur- fraktur
MRT	Magnetresonanztomografie	QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
MS	Maßnahmen	QU	qualitativ unauffällig
N	Anzahl	QUASCH	Qualitätssicherung in der Schlaganfallversorgung
NET	Nierenersatztherapie	r.a.E.	rechnerisch auffällige Ergebnisse
NGS	Nasogastrale Sonde	REV	Revision
NIHSS	National Institut of Health Stroke Scale	RL	Richtlinie
NWIEA	Nosokomiale Wundinfektionen einrichtungsbezogene Befragung ambulant	SA	Schlaganfall
NWIES	Nosokomiale Wundinfektionen einrichtungsbezogene Befragung stationär	SAB	Subarachnoidalblutung
NWIF	Nosokomiale Wundinfektion	SD	Strukturierter Dialog
n. b.	nicht berechnet	SE	Sentinel Event
n. d.	nicht definiert	SGB	Sozialgesetzbuch
n. n. b.	nicht näher benannt	SNV	Stellungnahmeverfahren
O/E	Verhältnis der beobachteten (o bserved) zur erwarteten (e xpected) Rate	SO	Standort
		SOD	Sozialdaten

SOPstandard operating procedure (standardisierter Arbeitsablauf)

SSWSchwangerschaftswoche

Statstationär

stat. auffälligstatistisch auffällig

SUStroke Unit

SVLFGSozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Tab.Tabelle

TIATransitorisch Ischämische Attacke

TICIThrombolysis in Cerebral Infarction

Tsd.Tausend

TXTransplantationen

ÜRÜberregional

VÄVertragsärzt*innen

VBBVersendestelle Patientenbefragung

vdekVerband der Ersatzkassen e. V.

VGVersorgungsgebiet

VHFVorhofflimmern

VKVollkraft

VZÄ.....Vertragszahnärzt*innen

Qb-RRegelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Qesü-RLRichtlinie über einrichtungs- und sektorübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung

QFR-RLQualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

WI-LMVersorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg

VWDVerweildauer

WIWundinfektion

WI-AWundinfektion ambulant

WI-SWundinfektion stationär



Impressum:

Herausgeber: LAGQH GbR, Eschborn

Layout und Satz: LAGQH GbR, Eschborn

Druck und Bindung: WIRmachenDruck GmbH, Backnang

Quellennachweis Fotografie: Titel 496577121 stock.adobe.com, S. 4 www.bestechend.de, S. 5 LAGQH
S. 15 20134003, 105281083 stock.adobe.com, S. 47 453777968, 78342757, 495311484, 59313102, 249671625,
54940412, 25111424, 461245673, 165767373, 78800433, 146007422, 135759782, 276366812, 25914354, 94675912,
32005702 stock.adobe.com

© LAGQH GbR 2024



LAGQH

**Landesarbeitsgemeinschaft
Qualitätssicherung Hessen GbR**

Frankfurter Straße 80-82
65760 Eschborn

Telefon: (06196) 5 86 52 50
Telefax: (06196) 5 86 52 58
eMail: info@lagqh.de
Internet: www.lagqh.de