

2021

Erfassungsjahr 2020

Bericht

zur externen
Qualitätssicherung
in Hessen



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:

Melissa Kohlenberg

Dr. med. Björn Misselwitz

Monika Pfannmüller

Simone Puttins

Anke Reihls

Blanka Rosenberger

Leonie Schultheiß

Vanessa Weck

Dr. med. Friedemann Woernle

Inhaltsverzeichnis

1. Vorworte	3
2. Landesverfahren	7
2.1 MRE-Projekt Hessen	10
2.2 Schlaganfall	14
2.2.1 Akutbehandlung	15
2.2.2 Frührehabilitation (Phase B)	20
3. Verfahren nach DeQS-Richtlinie	23
3.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	28
3.2 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	31
3.3 Cholezystektomie (QS CHE)	34
3.4 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen - Dialyse (QS NET - NET-DIAL)	36
4. Verfahren nach QSKH-Richtlinie	39
5. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	47
6. Externe stationäre QS in der Corona-Pandemie	53
7. Veranstaltungen	57
8. Publikationen	59
9. Anhang	67
Leseanleitung zu den Abbildungen	68
Glossar	69
Abkürzungsverzeichnis	73
Klinikbewertungen berichtspflichtiger Qualitätsindikatoren	75

1. Vorworte



Claudia Ackermann
Vorsitzende des Lenkungsgremiums

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Leiterin der Landesvertretung Hessen

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen darf nicht an den Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung enden. Die Patientinnen und Patienten müssen sich auf die hohe Qualität ihrer Behandlung verlassen können, unabhängig davon, ob sie von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder durch ein Krankenhaus durchgeführt wird. Diese Verlässlichkeit und die Qualitätskontrolle bei der Leistungserbringung über die Sektorengrenzen hinweg sowie, falls erforderlich, Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität eines Leistungserbringers sind die Kernaufgabe der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH). Sie wurde 2017 als gemeinsame, unabhängige Gesellschaft (Einrichtung) der gemeinsamen Selbstverwaltung in Hessen gegründet und setzt die sektorenübergreifende Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) um.

Die ersten Jahre der LAGQH waren geprägt von den Herausforderungen beim Aufbau einer unabhängigen Geschäftsstelle sowie neuen Erfahrungen mit den ersten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren. Im Jahr 2021 wurden dann vom Gemeinsamen Bundesausschuss alle Verfahren in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung überführt, die bislang im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung durchgeführt und von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) betreut wurden.

Von Beginn an war es das gemeinsame Ziel der Selbstverwaltungspartner in Hessen, die GQH vollständig in die LAGQH zu überführen, um das bei der GQH in über 25 Jahren aufgebaute, hervorragende Fachwissen auch in der neuen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nutzen zu können. Neben vielen rechtlichen Fragestellungen rund um den Betriebsübergang mussten auch die hessischen Landesprojekte, das MRE-Projekt Hessen und das Landesverfahren Schlaganfall, auf neue vertragliche Grundlagen gestellt werden. Diese umfangreiche Arbeit hat sich gelohnt! Zum 01.01.2022 wurden die GQH und damit alle Mitarbeitenden in die LAGQH übergeleitet, sodass nun alle Verfahren der rein stationären und der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung unter einem Dach betreut werden.

Neben all den organisatorischen Herausforderungen hat die Geschäftsstelle der LAGQH ihr eigentliches Ziel aber nie aus den Augen verloren. Mit dem vorliegenden Bericht informiert die Geschäftsstelle über die im Jahr 2021 durchgeführten Qualitätssicherungsverfahren und deren Ergebnisse. Der Bericht führt die Tradition des GQH-Jahresberichts fort und stellt die Ergebnisse der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in Hessen in einem Dokument übersichtlich dar. Mit diesem ersten Jahresbericht führt die LAGQH Bewährtes fort und schlägt zugleich ein neues Kapitel der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in Hessen auf.

Für die vertrauensvolle, kollegiale und konstruktive Zusammenarbeit gilt mein Dank allen Beteiligten der gemeinsamen Selbstverwaltung in Hessen sowie der Geschäftsstelle der LAGQH. Einen besonderen Dank verdienen jedoch die Mitarbeitenden der Geschäftsstelle für ihre engagierte Arbeit, ihren Einsatz für die Qualitätssicherung im hessischen Gesundheitswesen und die Bereitschaft, dieses Engagement unter dem neuen Dach der LAGQH unvermindert fortzusetzen.

Den Leserinnen und Lesern wünsche ich eine informative und anregende Lektüre dieses ersten Jahresberichts.

Frankfurt, im März 2022

Claudia Ackermann



Dr. Björn Misselwitz

Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
Leiter der Geschäftsstelle

Nach fast 27 Jahren externer stationärer Qualitätssicherung ist die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) seit dem 01.01.2022 Geschichte. Grundlage der GQH war der „Vertrag über die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung Hessen“, der am 01.06.1995 in Kraft trat. Es war ein zweiseitiger Vertrag zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassenverbänden in Hessen auf Basis des § 137 i.V.m. § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V. Beide Paragraphen sind zwar noch im Sozialgesetzbuch zu finden, haben sich jedoch im Laufe der Zeit so verändert, dass sie nichts mehr mit dem damaligen Vertragswerk zu tun haben. Nicht nur deswegen ist es langsam Zeit geworden, die externe Qualitätssicherung in Hessen auf eine neue Grundlage zu stellen. Auch wenn die GQH vier Bundesinstitute „überlebt“ hat, so war absehbar, dass mit Umsetzung des seit vielen Jahren bestehenden politischen Zieles einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auch das Kapitel der GQH zu Ende geht.

Der knapp viereinhalbjährige Parallelbetrieb der GQH und der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) war notwendig und sinnvoll, um zum einen vom Start der sektorübergreifenden Richtlinie (Qesü-RL) bis zum Außerkrafttreten der QSKH-RL handlungsfähig zu bleiben und zum anderen, um diesen Übergang ohne Zeitdruck vorzubereiten und letztendlich auch umzusetzen.

Auch wenn sich die Rahmenbedingungen deutlich verändert haben, so bleibt der Wunsch bestehen, die Erkenntnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren zum Wohle einer besseren medizinischen Versorgung einzusetzen - und das gemeinsam mit den Leistungserbringern. In einer Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt im Dezember 2021 wurde anhand von Abrechnungsdaten ein Zusammenhang zwischen externen QS-Maßnahmen und der Sterblichkeit bei einem Landesprojekt nachgewiesen (Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 857-63, Abstract siehe Seite 61). Auch wenn die Mortalität als Parameter zur Evaluation von externen Qualitätssicherungsmaßnahmen kritisch hinterfragt werden kann, so ist hier zumindest erstmalig ein ernsthafter Versuch unternommen worden, eine großflächig eingesetzte Qualitätssicherungsmaßnahme hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen. Um den Aufwand zu begründen, aber auch um die Akzeptanz bei allen Beteiligten zu verbessern, sollte so etwas auch für QS-Maßnahmen auf Bundesebene angegangen werden.

Auch in diesem Bericht möchte ich wieder meinen Dank aussprechen. Er gilt zum einen der Hessischen Krankenhausgesellschaft, unter deren Dach die GQH viele Jahre lang die stationäre Qualitätssicherung in Hessen umsetzen konnte, und die nie die inhaltliche Unabhängigkeit der GQH in Frage gestellt hat. Zum anderen gilt er den Gesellschaftern der LAGQH, welche den Übergang der GQH in die LAGQH mit großem Engagement unterstützt haben, und die in gleicher Weise die Geschäftsstelle der LAGQH als unabhängige Institution zum Wohle einer besseren Patientinnen- und Patientenversorgung wahrnehmen.

Eschborn, im März 2022

Dr. Björn Misselwitz



2. Landesverfahren

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 (GQH). Beide Verfahren werden ab 2022 nach Beschluss der Gesellschafterversammlung der LAGQH in gewohnter Form weitergeführt. Hierzu gehen die ehemals durch die GQH 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 unterstützendes Instrument des klinikinternen Qualitätsmanagements Basisauswertungen und Auswertungen zu den Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätskennzahlen. Für das Modul „Schlaganfall akut“ wurden diese bisher

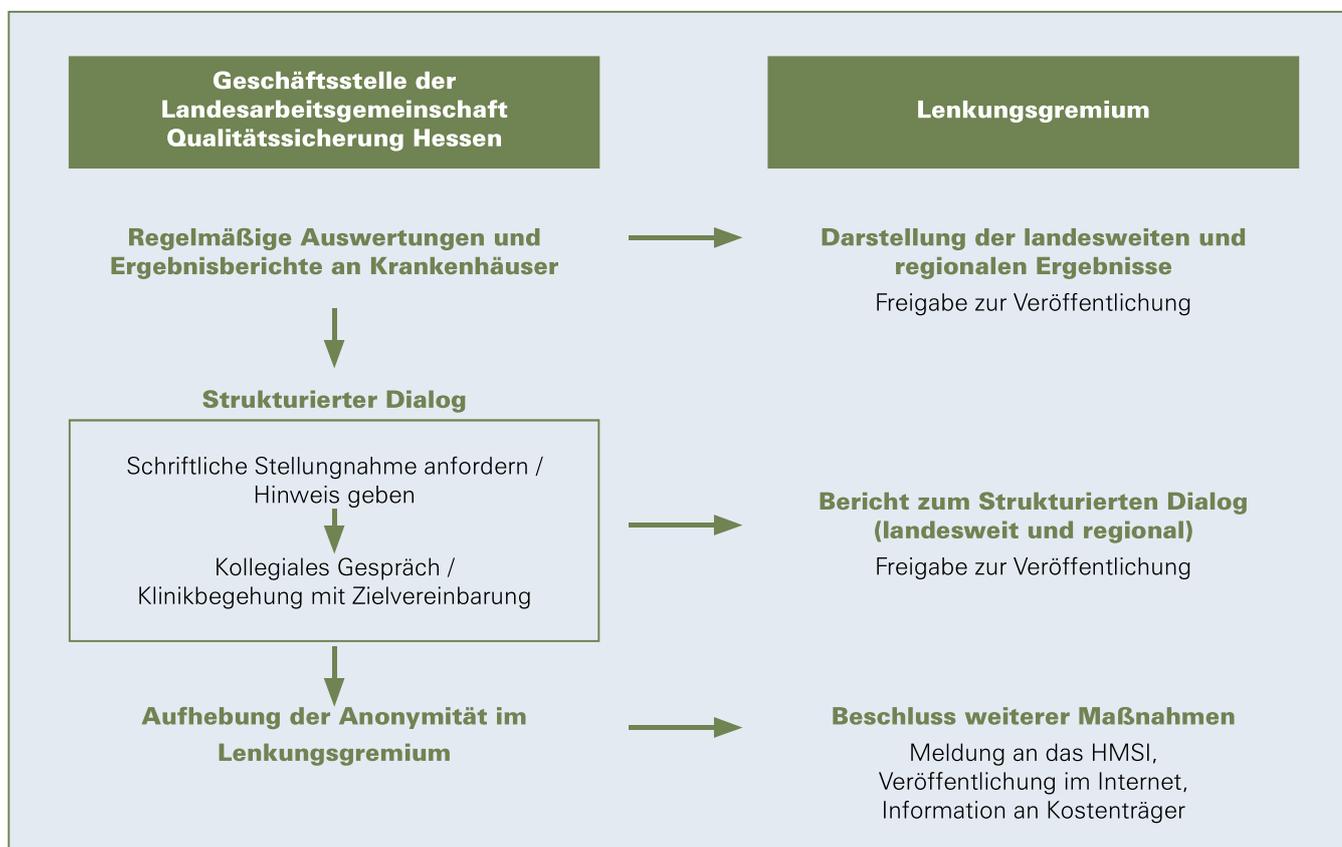


Abb. 2.1 Verfahrensplan - Strukturierter Dialog

im halbjährlichen Rhythmus, für das Modul „Schlaganfall neurologische Frührehabilitation“ jährlich zur Verfügung gestellt. Mit dem Auswertungsjahr 2022 werden für alle Landesverfahren - angepasst an das im Verfahren „MRE-Projekt Hessen“ bereits etablierte Vorgehen - quartalsweise Auswertungen erstellt. Durch dieses zeitnahe und engmaschige Vorgehen soll die Informationsqualität für die Leistungserbringer weiter 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 auffälligen Kliniken im Rahmen des im Folgenden dargestellten Strukturierten Dialogs.

Dieses Instrument kommt in allen Landesverfahren zum Einsatz. Sollten Auswertungsergebnisse von teilnehmenden Kliniken Auffälligkeiten zeigen, da sie 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

2.1 MRE-Projekt

Das in der Trägerschaft des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration, den Verbänden der Krankenkassen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft verankerte „MRE-Projekt Hessen“ wurde als Landesqualitätssicherungsverfahren auch in 2021 erfolgreich durch die Geschäftsstelle weitergeführt.

Das Thema multiresistente Erreger hat in vielfältiger Hinsicht Auswirkungen auf die Arbeit aller im Gesundheitswesen tätigen Akteure. Neben den erheblichen gesundheitlichen Auswirkungen für die betroffenen Patient*innen stellt der hohe Anspruch an Struktur- und Prozessvoraussetzungen die Kliniken vor große Herausforderungen, die vor dem Hintergrund knapper Ressourcen auch zukünftig ein hoch aktuelles Thema bleiben.

Die positiven Erkenntnisse aus der bisherigen Projektarbeit und die weiterhin herausfordernde Thematik haben dazu beigetragen, dass die Projektträger sich 2020 für eine erneute Verlängerung des Verfahrens um weitere fünf Jahre entschieden haben.

Das MRE-Projekt Hessen beleuchtet zum einen den Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin und Methicillin, zum anderen zwei Keime des gramnegativen Erregerspektrums mit Multiresistenz 4MRGN. Die Dokumentation der folgenden Erreger ist von allen hessischen Kliniken, exklusive psychiatrischer und psychosomatischer Fachkliniken, verpflichtend durchzuführen:

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

Alle teilnehmenden Kliniken erhalten eine quartalsweise Auswertung zu den Prozessindikatoren, die Ergebnisse zu den Themen Isolierung, Dekolonisierung von MRSA-besiedelten Patient*innen und die Informationsweitergabe an die weiterbehandelnden Ärzt*innen beinhalten. Darüber hinaus werden jährlich, auf Basis der von den Kliniken gelieferten Behandlungstage, Inzidenzindikatoren zu MRSA und den beiden abgebildeten 4MRGN-Keimen berechnet. Eine Übersicht der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 ist der Abbildung 2.1.1 zu entnehmen.

Fachausschuss (Stand: 31.12.2021)

Mitglied	Institution	Benannt durch
Prof. Dr. Frank Günther	Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Marburg	Lenkungsausschuss der GQH
Dr. Michael Hartwich	Asklepios Schlossbergklinik, Bad König Neurologie	Lenkungsausschuss der GQH
Ute Hiller	Lahn-Dill-Kliniken, Dillenburg und Wetzlar Hygienemanagement	Lenkungsausschuss der GQH
Dr. Burkhard Luther	Medizinischer Dienst Hessen, Oberursel	Lenkungsausschuss der GQH
Dr. Birgit Sticher	BDH-Klinik, Braunfels Hygienemanagement	Lenkungsausschuss der GQH
Dr. Georg-Christan Zinn	Zentrum für Hygiene- und Infektionsprävention, Ingelheim	Lenkungsausschuss der GQH
Beraterin		
Prof. Dr. Ursel Heudorf	MRE-Netzwerk Rhein-Main, Frankfurt a. M.	Lenkungsausschuss der GQH

Termine Fachausschuss-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
18	19.01.2021
19	26.03.2021
20	22.06.2021
21	06.10.2021 + Expertengremium

Ansprechpartner LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Simone Puttins	Leonie Schultheiß

Expertengremium ergänzend zum Fachausschuss (Stand: 31.12.2021)

Mitglied	Institution
Dr. Bernhard Bornhofen	Stadtgesundheitsamt Stadt Offenbach am Main
Ricarda Dellweg	BKK Landesverband Süd
Prof. Dr. Steffen Gramminger	Hessische Krankenhausgesellschaft
Christina Grün	AOK Hessen
Jürgen Kran	Stadtgesundheitsamt Stadt Darmstadt und Landkreis Darmstadt-Dieburg
Rainer Sand	vdek Landesverband Hessen
Dr. Cornela Winten	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Dr. Udo Wolff	Hessische Krankenhausgesellschaft

Ergebnisübersicht 2020

Übersichtstabelle:			Hessen gesamt	
Kennzahl	Indikatoren zu Ergebnissen	Referenzwerte	Q4/2020	Q1/2020-Q4/2020
			Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
Kennzahlen 2, 3a, 3b und 4: Prozessorientierte Indikatoren zu MRE (MRSA und 4MRGN)				
2	Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/ durchgeführt wurde	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 67,65 % in Hessen: 92,95 %	92,95 % [90,26 ; 94,94] 435 / 468 Fällen	94,36 % [93,25 ; 95,3] 1858 / 1969 Fällen
3a	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 2 Fälle	2 Fälle	7 Fälle
3b	Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle (≥ 3 Tage Liegedauer) mit im Aufnahmescreening festgestellter Kolonisation/Infektion, die nicht isoliert wurden	Ziel: n.d. Auffälligkeit: ≥ 7,14 % in Hessen: 2,28 %	2,28 % [1,31 ; 3,94] 12 / 526 Fällen	1,48 % [1,06 ; 2,06] 34 / 2304 Fällen
4	Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert	Ziel: ≥ 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % in Hessen: 95,74 %	95,74 % [94,33 ; 96,81] 989 / 1033 Fällen	96,19 % [95,59 ; 96,72] 4246 / 4414 Fällen
Kennzahlen 1, 1a, 1b und 1c: Inzidenz-Indikatoren zu MRSA				
1	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,17 Ø in Hessen: 0,00	116 Fälle*	0,07 [0,06 ; 0,07] 474 Fälle / 7276954 Tage
1a	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,04 Ø in Hessen: 0,00	27 Fälle*	0,02 [0,01 ; 0,02] 124 Fälle / 7276954 Tage
1b	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle – ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,03 Ø in Hessen: 0,00	24 Fälle*	0,01 [0,01 ; 0,02] 94 Fälle / 7276954 Tage
1c	Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle – ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,03 Ø in Hessen: 0,00	15 Fälle*	0,01 [0,01 ; 0,01] 61 Fälle / 7276954 Tage
Kennzahlen 5, 5a, 5b und 5c: Inzidenz-Indikatoren zu 4MRGN				
5	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	6 Fälle*	0,00 [0 ; 0,01] 29 Fälle / 7276954 Tage
5a	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	4 Fälle*	0,00 [0 ; 0] 13 Fälle / 7276954 Tage
5b	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle – ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	4 Fälle*	0,00 [0 ; 0] 6 Fälle / 7276954 Tage
5c	Inzidenz der nosokomialen 4MRGN-Fälle – ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. in Hessen: 0,00	0 Fälle*	0,00 [0 ; 0] 2 Fälle / 7276954 Tage

* für das entsprechende Quartal wird die Anzahl der dokumentierten Fälle ohne Bezug zu Belegungstagen ausgewiesen.

Abb. 2.1.1

Es zeigt sich insgesamt in allen Indikatoren ein sehr gutes Ergebnis ähnlich der Vorjahre. Auffallend ist jedoch die deutlich rückläufige Fallzahl, die von Seiten des Fachausschusses zu einem großen Teil ursächlich im Pandemiegesehen gesehen wird.

Die Entwicklung der letzten Jahre hat gezeigt, dass die Isolierung kolonisierter oder infizierter Patient*innen in allen Kliniken als unerlässliche Maßnahme zur Risikominimierung der Keimausbreitung sehr gut etabliert ist. Um den Blick auf mögliche Qualitätsdefizite weiter zu schärfen, hat das Expertengremium auf Empfehlung des Fachausschusses beschlossen, den Quali-

tätsindikator 3a „Anteil der nicht-nosokomialen MRE-Fälle, mit bei Aufnahme bekanntem MRE-Status, die nicht isoliert wurden“ als Sentinel Event auszuweisen. Für das Gesamtjahr 2020 gab es in Hessen in diesem Indikator sieben auffällige Fälle.

Ergänzend zur dargestellten Ergebnisübersicht hat die GOH, wie in den beiden letzten Jahren, eine Auswertung nach Versorgungsgebieten für die etablierten Qualitätsindikatoren erstellt. Differenziert wird hier nach dem behandelnden Krankenhausstandort. Die Ergebnisse sind der Tab. 2.1.1 sowie den Abb. 2.1.2 und 2.1.3 zu entnehmen.

Anteil nosokomialer Infektionen an allen MRSA-Fällen nach Versorgungsgebiet

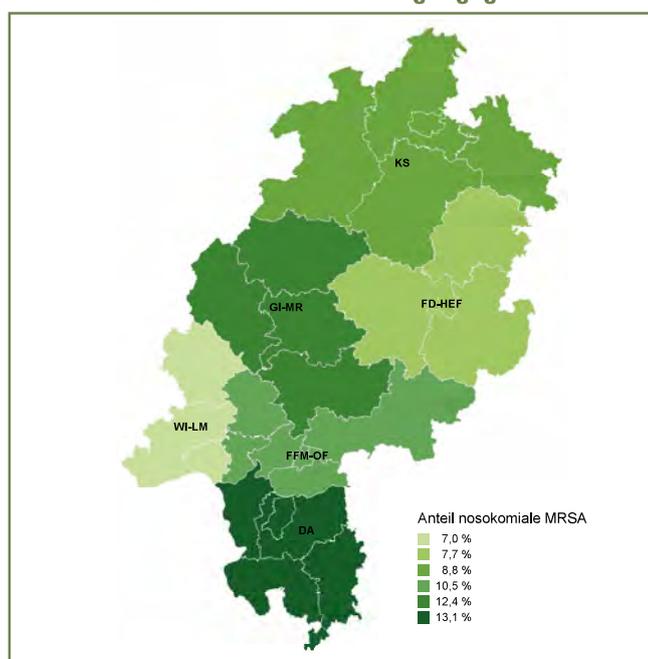


Abb. 2.1.2

Anteil nosokomialer Infektionen an allen 4MRGN-Fällen¹ nach Versorgungsgebiet

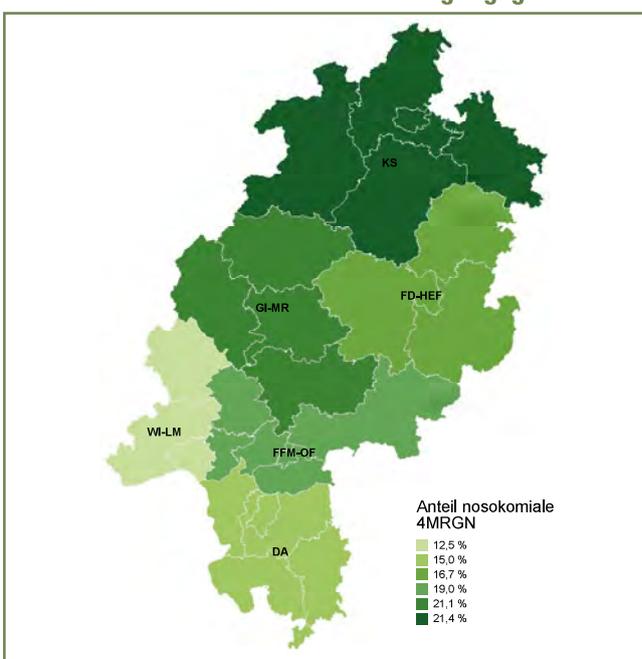


Abb. 2.1.3

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

QI	Jahr	WI-LM	DA	FFM-OF	GI-MR	FD-HEF	KS	HESSEN
2: Dekolonisierung	2020 (%)	92,0	94,7	97,1	89,9	91,3	96,8	94,5
	2019 (%)	96,9	97,6	97,3	93,8	93,0	98,0	96,4
	2018 (%)	96,4	93,0	95,9	92,3	92,5	97,4	95,1
3a: Isolierung (b.A. bekannt)	2020 (N)	0	0	0	5	2	0	7
	2019 (%)	98,9	98,9	98,1	98,7	99,2	99,4	98,7
	2018 (%)	99,2	97,9	98,0	98,1	97,6	98,6	98,2
3b: Isolierung (im Screening)	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 Ärzte informiert	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 (ICD-Kode U81.51!)

Da sich die Festlegung der Nosokomialität für die erhobenen 4MRGN-Keime, anders als bei den MRSA-Fällen, als nicht möglich erwiesen hat, ohne ergänzende Faktoren einzubeziehen, wurde der Erhebungsbogen diesbezüglich entsprechend angepasst. Als erhöhter Risikofaktor wurde die Abfrage nach einer stattgefundenen Vorantibiose innerhalb der letzten sechs Wochen vor Keimbefund mit einer Dauer von mehr als sieben Tagen ergänzt. Die Auswertungsergebnisse für 2020 zeigen, dass bei 22 von 29 im Behandlungsverlauf festgestellten 4MRGN-Keimbefunden eine entsprechende antibiotische Vorbehandlung erfolgt ist. Nach Analyse der 22 Fälle mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens und Einzelfalldarstellungen der sieben gemeldeten Fälle ohne Vorantibiose, konnte das Expertengremium nach Empfehlung durch den Fachausschuss einen weiteren Inzidenzindikator entwickeln, der ab dem Erfassungsjahr 2021 in die Auswertungen mit aufgenommen wird.

Strukturierter Dialog

Einen Gesamtüberblick zu den aktuellen Ergebnissen des Strukturierten Dialogs und der Entwicklung der letzten Jahre bietet die Tab. 2.1.2.

Neben den schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurden drei Kollegiale Gespräche geführt. Zwei der Kliniken waren im Indikator 1 „Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1.000 Belegungstage“ erneut signifikant auffällig, eine Klinik zeigte wiederholt auffällige Ergebnisse im Indikator 4 „weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert“. Mit allen Kliniken konnten konstruktive Gespräche mit der Ableitung individueller Verbesserungsmaßnahmen geführt werden. Die Überprüfung der Umsetzung der gemeinsamen Zielvereinbarungen konnte einen Erfüllungsgrad von fast 100 % zeigen und auch die aktuellen Ergebnisse in den betreffenden Indikatoren konnten von den Kliniken durchgängig verbessert werden.

Übersicht Entwicklung Strukturierter Dialog

	2016	1. Q 2017	2. Q 2017	3. Q 2017	4. Q 2017 EJ 2017	1. Q 2018	2. Q 2018	3. Q 2018	4. Q 2018 EJ 2018	1. Q 2019	2. Q 2019	3. Q 2019	4. Q 2019 EJ 2019	1.+2. Q 2020	3.+4. Q 2020 EJ 2020	1.+2. Q 2021
QI 1	-	-	-	-	3 1	-	-	-	8 6 KG	-	-	-	8 4 2 KG	-	5+1KG	4 4
QI 1a	-	-	-	-	1 1 KG	-	-	-	10 10	-	-	-	4 4	-	5+1KG	3 2
QI 1b	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4+1KG	3 1
QI 1c	-	-	-	-	4 1 3 KG	-	-	-	7 6 1 KG	-	-	-	5 4 1	-	7+1KG	4 2 1
QI 1d	-	-	-	-	6 3 1 2	Indikator entfallen										
QI 2	-	-	8 7	9 3	9 1 3 5	9 2 4	4 1 1	5 2 1	3 1 1	1 1 1	1 1 1	-	1 1 1	4 4 6	2 3 1	1 2 1
QI 3a	-	-	1 1	1 1	6 5 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	-	1 1 1	-	1 1 1	3 1 4	1 2 3	2 1 1
QI 3b	-	-	1 1	2 1	2 1 1	7 4 3	5 2 1	3 1 1	3 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	2 2 2	2 2 3	2 2 3	2 1 1
QI 4	8 5 3	12 8 3	4 2 1	1 KG	3* 3 3	10 5 3	10 6 3	5 1 2	2 2 2	1 1 1	3 2 1	4 2 2	4 4 KG	6 4 2	6+1KG	3 4 2
QI 5	-	-	-	-	-	-	-	-	30 30	-	-	-	-	-	22 Fragebogen	-

■ Qualitätsproblem

■ Dokumentationsfehler

■ Unauffällig

■ Hinweis

* Referenzbereich wurde von 80% auf 90% angehoben

KG = Kollegiales Gespräch

Tab. 2.1.2

2.2 Schlaganfall

Ansprechpartner LAGQH

	Projektleitung	Projektassistenz
Akutbehandlung	Dr. Björn Misselwitz	Leonie Schultheiß
Frührehabilitation	Simone Puttins	Melissa Kohlenberg

Fachausschuss (Stand: 31.12.2021)

Mitglied	Institution	Benannt durch
Dr. Jens Allendörfer	Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen Nidda	Lenkungsausschuss der GQH
Prof. Dr. Joachim Berkefeld	Universitätsklinikum Frankfurt a. M. Institut für Neuroradiologie	Lenkungsausschuss der GQH
Prof. Dr. Christian Förch	Universitätsklinikum Frankfurt a. M. Klinik für Neurologie	Lenkungsausschuss der GQH
Dr. Annette Kailing	Medizinischer Dienst Hessen, Oberursel	Lenkungsausschuss der GQH
Prof. Dr. Tobias Neumann-Haefelin	Klinikum Fulda, Klinik für Neurologie Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen Klinik für Schlaganfallmedizin und Neurologie	Lenkungsausschuss der GQH
PD Dr. Marco Stein	Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen, Klinik für Neurochirurgie	Lenkungsausschuss der GQH
Prof. Dr. Ingrid Sünkeler	BDH Klinik Braunfels Neurologie	Lenkungsausschuss der GQH
Berater		
Prof. Dr. Manfred Kaps	Gießen	Lenkungsausschuss der GQH
Prof. Dr. Gerhard-Michael von Reutern	Bad Nauheim	Lenkungsausschuss der GQH

Termine Fachausschuss-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
84	16.03.2021
85	14.07.2021

Arbeitsgruppe Frührehabilitation (Stand: 31.12.2021)

Mitglied	Institution	Benannt durch
Dr. Jens Allendörfer	Asklepios Neurologische Klinik Bad Salzhausen Nidda	Lenkungsausschuss der GQH
Dr. Christoph Bucka	Neurologische Klinik Westend, Bad Wildungen	Lenkungsausschuss der GQH
Dr. Michael Hartwich	Asklepios Schloßbergklinik, Bad König Neurologie	Lenkungsausschuss der GQH
Prof. Dr. Ingrid Sünkeler	BDH Klinik Braunfels Neurologie	Lenkungsausschuss der GQH

Termine Arbeitsgruppen-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
2	17.03.2021
3	06.05.2021
4	14.10.2021

2.2.1 Akutbehandlung

Im Jahr 2020 wurden in den hessischen Kliniken knapp 25 Tsd. Datensätze für die Qualitätssicherung Schlaganfall Akut erfasst, 22.665 davon sind in die Auswertungen eingeflossen. Bei den Verbleibenden handelt es sich zum Großteil (67 %) um Fälle, bei denen das Ereignis länger als sieben Tage zurücklag. Die Fälle verteilen sich auf Hirninfarkte (64,0 %), Transitorisch ischämische Attacken (26,8 %), Intrazerebrale- (7,2 %) und Subarachnoidalblutungen (1,8 %). Gegenüber

dem Vorjahr hat sich die Fallzahl bei stabiler Vollzähligkeit um 5 % verringert. 78 Krankenhausstandorte waren in 2020 an der Schlaganfallbehandlung in Hessen beteiligt, 96 % der Patient*innen davon wurden in den 32 Stroke-Units (Abrechnungsfähigkeit der Komplexpauschale) versorgt. Da nur 13 Stroke-Units in Hessen über eine interventionelle Neuro radiologie verfügen, hat die Vernetzung der Einheiten eine zentrale Bedeutung bei der Schlaganfallversorgung (Abb. 2.2.1.1).

Schlaganfallnetzwerke

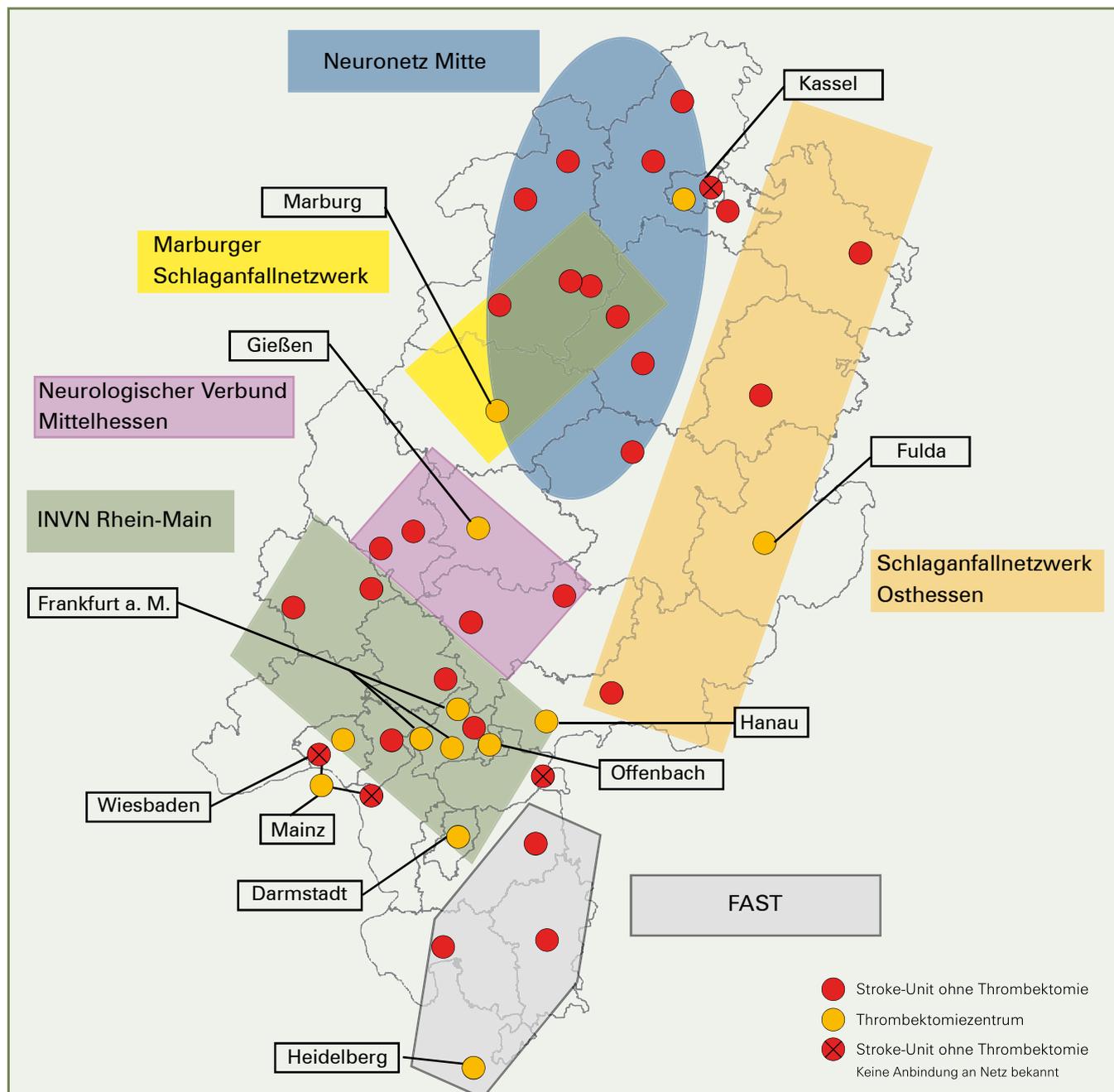


Abb. 2.2.1.1

Insgesamt 27 Kennzahlen umfasst die Indikatorenauswertung, welche auf den Rechenregeln der Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister (ADSR) (www.schlaganfallregister.org) basiert (Abb. 2.2.1.6). Für 18 Qualitätsindikatoren wurden bundesweit Referenzbereiche (für Auffälligkeit) definiert. Mit deren Hilfe sollen die Krankenhäuser mögliche Qualitätsdefizite erkennen. Zum Teil lösen diese auch einen Strukturierten Dialog aus.

Auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Jahresberichte weiterer Bundesländer bzw. der Schlaganfallregister der ADSR (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Nordwestdeutschland, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein) ist es möglich, die hessischen Ergebnisse im Vergleich abzubilden (Abb. 2.2.1.3 - 2.2.1.5). Bis auf wenige Ausnahmen zeigen die hessischen Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren eine überdurchschnittliche Versorgungsqualität, sowohl bei den Indikatoren zur Diagnostik (Abb. 2.2.1.3), der Akuttherapie (Abb. 2.2.1.4) sowie der Sekundärprophylaxe/Rehabilitation (Abb. 2.2.1.5). Ausnahmen bilden hier die Door-to-puncture Zeit sowie die Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung. Bereits in den

letzten Jahren wurde im Rahmen des Strukturierten Dialogs ein Schwerpunkt (u. a. mit Kollegialen Gesprächen) auf diese Kennzahlen gelegt.

Bei dem Vergleich der Ergebnisse von 2018 und 2020 sind nahezu in allen Kennzahlen leichte bis deutliche Verbesserungen ersichtlich und dies trotz der bestehenden Pandemiesituation in 2020 (Abb. 2.2.1.2). Damit zeigt sich das permanente Streben nach einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Schlaganfallpatient*innen in Hessen.

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 Kennzahlen an den ADSR-Indikatoren, jedoch werden nur ICBs bzw. SABs bei der Berechnung berücksichtigt. Somit können ggf. spezifische Defizite in der Versorgung dieser beiden Schlaganfalltypen identifiziert werden (Abb. 2.2.1.7 und 2.2.1.8). Bei den SABs wurde neben den ADSR-Kennzahlen auch ein zusätzlicher Qualitätsindikator zur Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas berechnet (Abb. 2.2.1.8).

Qualitätsindikatoren-Ergebnisse Hessen (2018 vs. 2020)

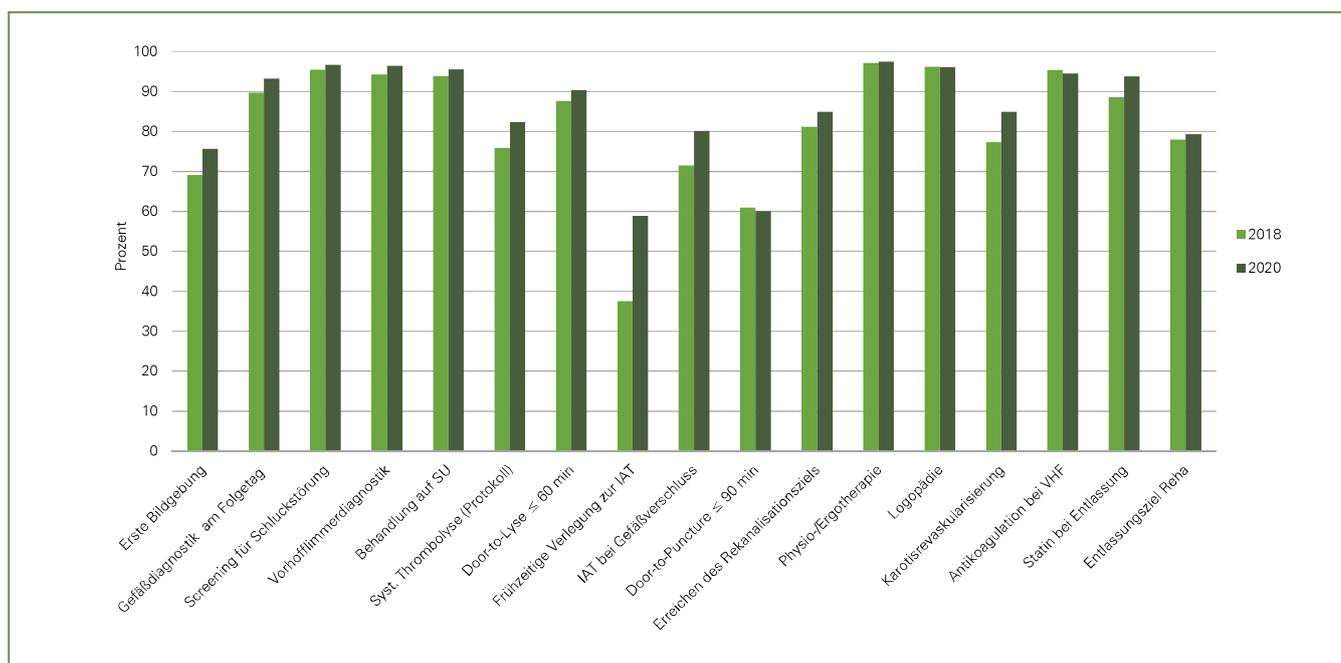


Abb. 2.2.1.2

Qualitätsindikatoren zur Diagnostik - Ergebnisse Hessen im Bundesvergleich (2020)

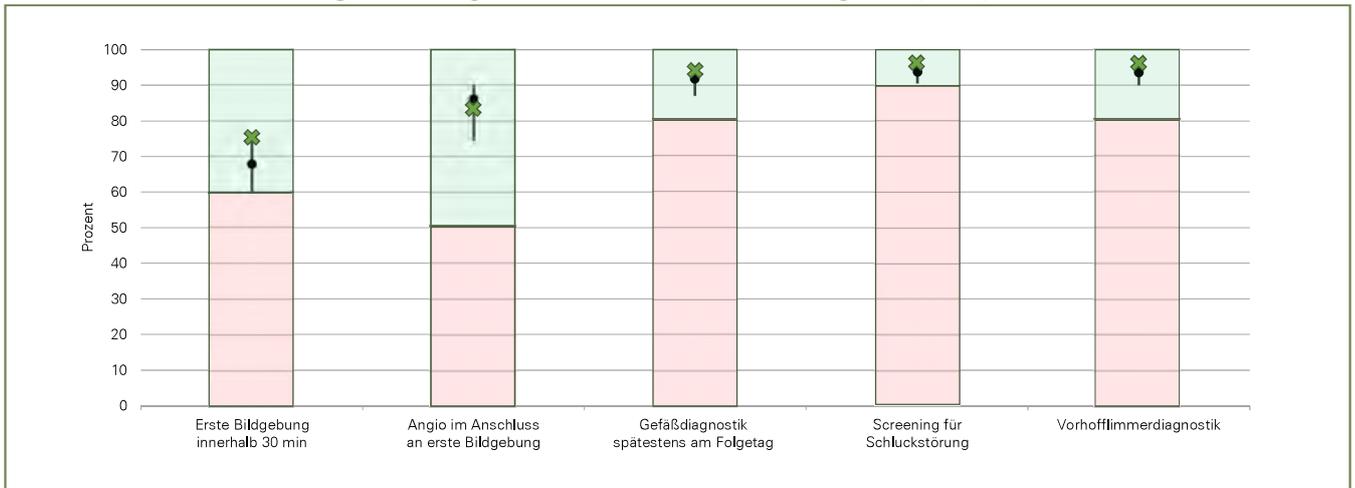
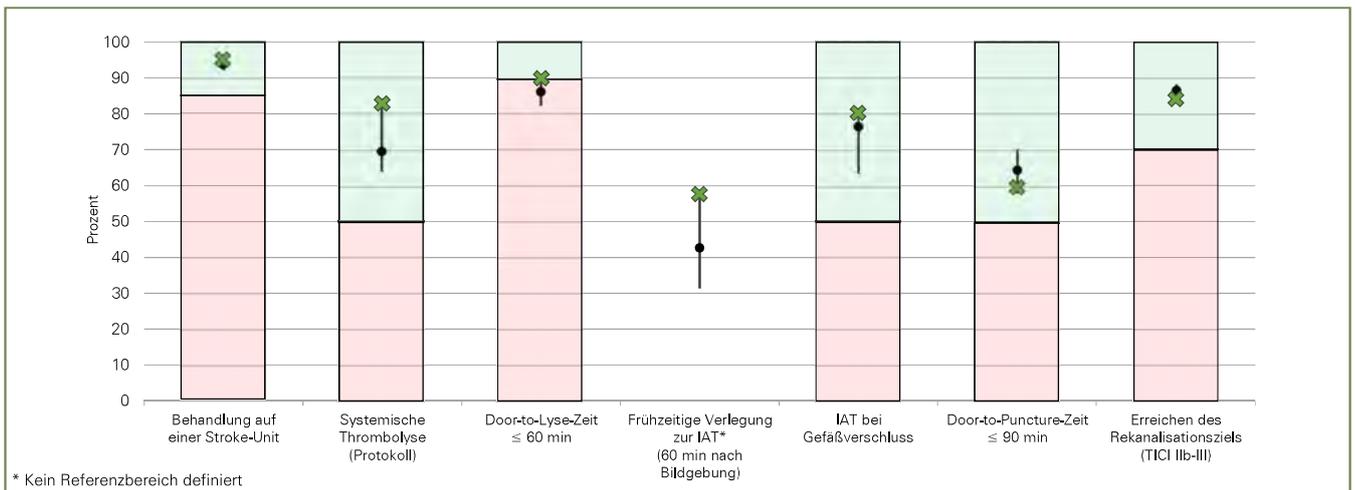


Abb. 2.2.1.3

Qualitätsindikatoren zur Akuttherapie - Ergebnisse Hessen im Bundesvergleich (2020)



* Kein Referenzbereich definiert

Abb. 2.2.1.4

Qualitätsindikatoren zur Sekundärprophylaxe / Rehabilitation - Ergebnisse Hessen im Bundesvergleich (2020)

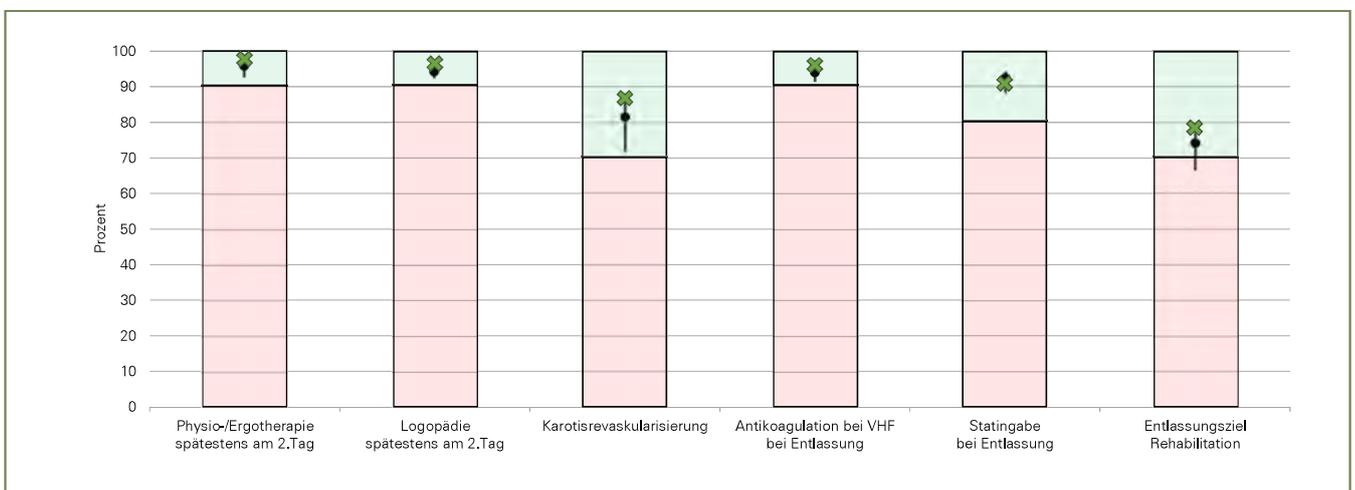


Abb. 2.2.1.5

✱ Ergebnis Hessen Im Referenzbereich
● Ergebnis Bund und Range Außerhalb des Referenzbereiches

Ergebnisübersicht 2020 - Hirninfarkt

Übersichtstabelle:		Hessen		
Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 20.623		Ergebnis 2020		Ergebnis 2019
QI-ID	Referenzwerte	Klinikwert [95% CI]	Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI]
				Zähler / Nenner
22-002	VHF-Diagnostik	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 96,42 %	96,42 % [96,11 ; 96,70] 15122 / 15684 Fällen	95,22 % [94,89 ; 95,54] 15853 / 16648 Fällen
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: $\geq 82,40\%$ Auffälligkeit: $< 60,00\%$ Ø in Hessen: 75,70 %	75,70 % [74,67 ; 76,70] 5172 / 6832 Fällen	74,91 % [73,89 ; 75,91] 5262 / 7024 Fällen
13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIHSS ≥ 4)	Ziel: $\geq 90,30\%$ Auffälligkeit: $< 50,00\%$ Ø in Hessen: 82,67 %	82,67 % [81,34 ; 83,93] 2696 / 3261 Fällen	78,12 % [76,70 ; 79,48] 2664 / 3410 Fällen
09-003	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 93,30 %	93,30 % [92,94 ; 93,65] 17764 / 19039 Fällen	91,90 % [91,52 ; 92,27] 18741 / 20392 Fällen
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 96,62 %	96,62 % [96,30 ; 96,91] 13184 / 13645 Fällen	96,30 % [95,97 ; 96,60] 13651 / 14176 Fällen
15-003	Behandlung auf Stroke Unit	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 85,00\%$ Ø in Hessen: 95,62 %	95,62 [95,28 ; 95,93] 14516 / 15181 Fällen	95,56 % [95,23 ; 95,87] 15320 / 16032 Fällen
14a-001	Thrombolysen (Alter ≤ 80 , NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: $\geq 88,10\%$ Auffälligkeit: $< 60,00\%$ Ø in Hessen: 82,43 %	82,43 % [80,27 ; 84,40] 1079 / 1309 Fällen	79,45 % [77,23 ; 81,50] 1094 / 1377 Fällen
14c-001	Thrombolysen (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 68,10 %	68,10 % [66,27 ; 69,88] 1738 / 2552 Fällen	67,42 % [65,61 ; 69,18] 1790 / 2655 Fällen
23-001	Intraarterielle Therapie (bei Gefäßverschluss und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: $\geq 88,20\%$ Auffälligkeit: $< 50,00\%$ Hessen: 1,08 % Ø in Hessen: 80,21 %	80,21 % [77,42 ; 82,73] 693 / 864 Fällen	77,64 % [74,82 ; 80,23] 705 / 908 Fällen
26-001	Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie (≤ 60 min nach Bildgebung)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 58,94 %	58,94 % [52,70 ; 64,91] 145 / 246 Fällen	60,59 % [54,65 ; 66,25] 163 / 269 Fällen
16a-002	Door-to-needle-time ≤ 60 min (Alter ≤ 80 , NIHSS 4-25, bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 90,41 %	90,41 % [88,56 ; 91,99] 1028 / 1137 Fällen	92,16 % [90,47 ; 93,57] 1070 / 1161 Fällen
16d-001	Door-to-needle-time ≤ 60 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 90,42 %	90,42 % [88,96 ; 91,71] 1595 / 1764 Fällen	91,55 % [90,18 ; 92,74] 1668 / 1822 Fällen
16b-002	Door-to-needle-time ≤ 30 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 50,40 %	50,40 % [48,07 ; 52,73] 889 / 1764 Fällen	50,88 % [48,58 ; 53,17] 927 / 1822 Fällen
25-001	Door-to-puncture-time ≤ 90 min	Ziel: $\geq 70,70\%$ Auffälligkeit: $< 50,00\%$ Ø in Hessen: 60,14 %	60,14 % [57,23 ; 62,99] 667 / 1109 Fällen	60,47 % [57,43 ; 63,44] 612 / 1012 Fällen
27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels (TICI IIb-III)	Ziel: $\geq 88,80\%$ Auffälligkeit: $< 70,00\%$ Ø in Hessen: 85,03 %	85,03 % [82,81 ; 87,01] 943 / 1109 Fällen	83,89 % [81,50 ; 86,03] 849 / 1012 Fällen
17-003	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (bei Stenosegrad 70 - $< 100\%$, Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 70,00\%$ Ø in Hessen: 85,02 %	85,02 % [81,45 ; 88,01] 386 / 454 Fällen	79,43 % [75,79 ; 82,66] 421 / 530 Fällen
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie (bei Rankin ≥ 3 oder BI ≤ 70)	Ziel: n.d. % Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 97,36 %	97,36 [96,95 ; 97,71] 6736 / 6919 Fällen	97,56 [97,18 ; 97,90] 6963 / 7137 Fällen
03-004	Rehabilitation - Logopädie (bei Aphasie/Dysarthrie/Dysphagie)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 96,04 %	96,04 % [95,57 ; 96,46] 7148 / 7443 Fällen	96,26 % [95,82 ; 96,66] 7700 / 7999 Fällen
06-002	Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern (Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 94,58 %	94,58 % [93,70 ; 95,34] 2774 / 2933 Fällen	95,47 % [94,68 ; 96,15] 2930 / 3069 Fällen
21-002	Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 93,81 %	93,81 % [93,46 ; 94,14] 17856 / 19034 Fällen	90,07 % [89,66 ; 90,47] 18620 / 20672 Fällen
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(innen) mit Rankin 2-5 bei Entlassung	Ziel: $\geq 85,90\%$ Auffälligkeit: $< 70,00\%$ Ø in Hessen: 79,35 %	79,35 [78,35 ; 80,32] 5180 / 6528 Fällen	78,70 [77,69 ; 79,67] 5191 / 6596 Fällen
11-004	Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: $> 1,80$ Hessen: 5,72% O/E=1,00	1,00 [0,93 ; 1,06] 812 / 14191 Fällen (5,72 %)	0,96 [0,90 ; 1,02] 837 / 15019 Fällen (5,57 %)
18a-003	Sterblichkeit nach Rekanalisation eines Hirninfarkts	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: n.d. Hessen: 10,63% O/E=1,08	1,08 [0,97 ; 1,19] 345 / 3247 Fällen (10,63 %)	0,99 [0,90 ; 1,10] 348 / 3468 Fällen (10,03 %)
18c-003	Sterblichkeit nach Thrombolysen	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: n.d. Hessen: 8,32% O/E=1,10	1,10 [0,97 ; 1,25] 221 / 2657 Fällen (8,32 %)	1,00 [0,88 ; 1,13] 237 / 2958 Fällen (8,01 %)
18d-003	Sterblichkeit nach Thrombektomie	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: n.d. Hessen: 18,32% O/E=0,95	0,95 [0,84 ; 1,08] 209 / 1141 Fällen (18,32 %)	1,00 [0,88 ; 1,12] 216 / 1055 Fällen (20,47 %)
10a-004	Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: n.d. Hessen: 4,31% O/E=1,05	1,05 [0,97 ; 1,14] 543 / 12606 Fällen (4,31 %)	1,01 [0,93 ; 1,10] 537 / 13014 Fällen (4,13 %)
10b-004	Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: n.d. Hessen: 0,00% O/E=0,87	0,87 [0,70 ; 1,08] 80 / 11656 Fällen (0,69 %)	1,07 [0,89 ; 1,30] 102 / 12114 Fällen (10,03 %)

Abb. 2.2.1.6

Ergebnisübersicht 2020 - Intrazerebrale Blutung

Übersichtstabelle:			Hessen		
Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 1630			Ergebnis 2020	Ergebnis 2018 - 2020	
QI-ID		Referenzwerte	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme <=6h)	Ziel: >= 86,60 % Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 78,63 %	78,63 % [75,64 ; 81,35] 622 / 791 Fällen	76,64 % [74,88 ; 78,32] 1785 / 2329 Fällen	
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 93,42 %	93,42 % [91,47 ; 94,95] 738 / 790 Fällen	91,61 % [90,42 ; 92,66] 2172 / 2371 Fällen	
15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 85,00 % Ø in Hessen: 93,87 %	93,87 % [92,34 ; 95,12] 1088 / 1159 Fällen	89,88 % [88,83 ; 90,84] 3118 / 3469 Fällen	
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 92,89 %	92,89 % [90,62 ; 94,64] 588 / 633 Fällen	92,79 % [91,56 ; 93,86] 1815 / 1956 Fällen	
03-004	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 89,98 %	89,98 % [86,89 ; 92,40] 413 / 459 Fällen	90,88 % [89,28 ; 92,27] 1306 / 1437 Fällen	
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(innen) mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 90,89 %	90,89 % [88,06 ; 93,10] 459 / 505 Fällen	90,74 % [89,20 ; 92,08] 1411 / 1555 Fällen	
11-004	Pneumonie als Komplikation (O/E)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: > 1,10 Hessen: 15,88% O/E=0,92	0,92 [0,82 ; 1,03] 242 / 1524 Fällen (15,88 %)	0,90 [0,84 ; 0,96] 744 / 4779 Fällen (15,57 %)	
10a-004	Todesfälle (O/E)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 21,64% O/E=0,95	0,95 [0,86 ; 1,05] 303 / 1400 Fällen (21,64 %)	0,98 [0,92 ; 1,03] 931 / 4165 Fällen (22,35 %)	
10b-004	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung) (O/E)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 3,43% O/E=0,58	0,58 [0,42 ; 0,80] 35 / 1019 Fällen (3,43 %)	0,84 [0,72 ; 0,98] 154 / 3001 Fällen (5,13 %)	

Abb. 2.2.1.7

Ergebnisübersicht 2020 - Subarachnoidalblutung

Übersichtstabelle:			Hessen		
Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 412			Ergebnis 2020	Ergebnis 2018 - 2020	
QI-ID		Referenzwerte	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme <=6h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 93,96 %	93,96 % [89,50 ; 96,59] 171 / 182 Fällen	96,35 % [94,37 ; 97,65] 502 / 521 Fällen	
13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung	Ziel: >= 96,20 % Auffälligkeit: < 50,00 % Ø in Hessen: 83,89 %	83,89 % [77,82 ; 88,54] 151 / 180 Fällen	78,38 % [74,63 ; 81,71] 406 / 518 Fällen	
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 70,59 %	70,59 % [64,27 ; 76,20] 156 / 221 Fällen	68,84 % [65,16 ; 72,29] 444 / 645 Fällen	
15-003	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 85,00 % Ø in Hessen: 97,06 %	97,06 % [94,05 ; 98,57] 231 / 238 Fällen	86,48 % [83,87 ; 88,73] 659 / 762 Fällen	
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 87,88 %	87,88 % [72,67 ; 95,18] 29 / 33 Fällen	79,05 % [70,31 ; 85,74] 83 / 105 Fällen	
03-004	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 57,14 %	57,14 % [39,07 ; 73,49] 16 / 28 Fällen	59,63 % [50,25 ; 68,36] 65 / 109 Fällen	
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(innen) mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: >= 100,00 Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 94,32 %	94,32 [87,38 ; 97,55] 83 / 88 Fällen	91,18 [87,21 ; 94,00] 248 / 272 Fällen	
11-004	Pneumonie als Komplikation (O/E)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: > 1,70 Hessen: 22,50% O/E=1,11	1,11 [0,91 ; 1,33] 81 / 360 Fällen (22,50 %)	1,06 [0,95 ; 1,19] 249 / 1211 Fällen (20,56 %)	
10a-004	Todesfälle (O/E)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 14,08% O/E=1,00	1,00 [0,77 ; 1,29] 49 / 348 Fällen (14,08 %)	0,91 [0,78 ; 1,06] 141 / 1047 Fällen (13,47 %)	
10b-004	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung) (O/E)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen: 5,33% O/E=0,45	0,45 [0,28 ; 0,72] 16 / 300 Fällen (5,33 %)	0,45 [0,34 ; 0,58] 51 / 893 Fällen (5,71 %)	
40-001	Intervention eines nachgewiesenen Aneurysmas	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 78,20 Ø in Hessen: 88,72 %	88,72 [83,51 ; 92,43] 173 / 195 Fällen	89,29 [86,53 ; 91,54] 525 / 588 Fällen	

Abb. 2.2.1.8

2.2.2 Frührehabilitation

Für das Erhebungsjahr 2020 konnten von der GQH insgesamt 2.539 Datensätze aus 14 Klinikstandorten ausgewertet werden. Hierbei lag der Fallrange zwischen 55 und 326 Fällen. Wie in den letzten Jahren konnte in diesem Verfahren eine sehr gute Dokumentationsrate von annähernd 100 % erreicht werden. Trotz des teilweise sehr deutlichen Fallzahlrückgangs in vielen Bereichen der stationären Versorgung, konnte in der neurologischen Frührehabilitation nach Schlaganfall eine nahezu identische gemeldete Datensatzmenge beobachtet werden.

Als häufigste Aufnahmediagnose wird mit knapp 68 % der ICD-Kode I63 (Hirnfarkt) angegeben. Die weiteren Fälle verteilen sich im Wesentlichen auf die beiden Hauptdiagnosen I61 (intrazerebrale Blutung) mit 23 % und I60 (Subarachnoidalblutung) mit 7,1 % der erhobenen Datensätze. Diese Verteilung spiegelt ein sehr ähnliches Bild wie in den Vorjahren wider.

Neben der bereits etablierten Basisauswertung erhielten die am Verfahren neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall teilnehmenden Kliniken für das Erfassungsjahr 2020 erstmals eine Auswertung mit insgesamt zehn Qualitätskennzahlen. Diese wurden gemeinsam mit der Arbeitsgruppe Neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall von der GQH erarbeitet. Sie bilden verschiedene Bereiche der Behandlung sowohl im Hinblick auf Prozess- als auch auf die Ergebnisqualität ab.

Im ersten Auswertungsjahr ist für alle Qualitätskennzahlen, die abgebildet werden, der Medianwert als Orientierungswert zugrunde gelegt worden. Ziel ist es, den teilnehmenden Kliniken die Gelegenheit zu geben, sich mit den neuen Kriterien vertraut zu machen und eine bessere Möglichkeit der Verortung der eigenen Klinik im Gesamtgefüge der neurologischen Frührehabilitationseinrichtungen in Hessen zu erhalten.

Die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2020 für Hessen sind der Abbildung 2.2.2.1 zu entnehmen.

Mit der nächsten Auswertung ist die Ausweisung von Referenz- und Zielwerten für die dargestellten Qualitätskennzahlen geplant. Die Ergebnisse und die Analyse der auffälligen Fälle soll zunächst für eine weitere Schärfung des Qualitätssicherungsinstruments

genutzt werden, um in der weiteren Zukunft auch das Instrument des Strukturierten Dialogs etablieren zu können.

Damit steht nun auch für den wichtigen Behandlungsbereich der neurologischen Frührehabilitation als Bindeglied zwischen der Akutversorgung und Rehabilitation ein weiteres Instrument der vergleichenden Qualitätssicherung in den hessischen Kliniken zur Verfügung.

Ergebnisübersicht 2020

Übersichtstabelle:		Hessen		
Gesamtfallzahl (ohne Minimaldatensätze): 2.539		Ergebnis 2020		Ergebnis 2019
QI-ID		Referenzwerte	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
1	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen	Ziel: 40,60 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 33,83 %	33,83 % [31,76 ; 35,97] 657 / 1942 Fällen	38,57 % [36,39 ; 40,79] 722 / 1872 Fällen
1a	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma	Ziel: 40,40 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 35,49 %	35,49 % [33,07 ; 37,98] 516 / 1454 Fällen	40,49 % [37,94 ; 43,08] 566 / 1398 Fällen
1b	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei beatmeten Patienten	Ziel: 32,00 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 33,68 %	33,68 % [28,47 ; 39,32] 97 / 288 Fällen	38,13 % [32,81 ; 43,75] 114 / 299 Fällen
1c	Rückbildung beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörungen bei Patienten mit Tracheostoma	Ziel: 16,70 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 28,07 %	28,07 % [24,14 ; 32,36] 128 / 456 Fällen	32,82 % [28,64 ; 37,28] 148 / 451 Fällen
2	Rückbildung schwerer Verständigungsstörung	Ziel: 39,80 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 38,15 %	38,15 % [35,61 ; 40,77] 517 / 1355 Fällen	38,02 % [35,44 ; 40,68] 500 / 1315 Fällen
3a	Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 5 Punkte)	Ziel: 19,50 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 17,07 %	17,07 [15,54 ; 18,73] 365 / 2138 Fällen	17,56 % [16,02 ; 19,21] 383 / 2181 Fällen
3b	Deutliche Verbesserung der Mobilität bei vollständiger Abhängigkeit in der Fortbewegung bei Aufnahme (Verbesserung BI Fortbewegung von 0 auf 10 Punkte)	Ziel: 4,40 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 9,31 %	9,31 % [8,15 ; 10,61] 199 / 2138 Fällen	7,47 % [6,44 ; 8,65] 163 / 2181 Fällen
4	Dekanülierung	Ziel: 50,00 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 52,79 %	52,79 % [48,25 ; 57,28] 246 / 466 Fällen	57,82 % [53,29 ; 62,21] 270 / 467 Fällen
5	Sterblichkeit	Ziel: 3,70 % Auffälligkeit: n.d. Hessen: 37,98 % Ø in Hessen: 5,99 %	5,99 % [5,13 ; 6,98] 152 / 2539 Fällen	5,15 % [4,36 ; 6,08] 131 / 2542 Fällen
5a	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma	Ziel: 2,80 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 4,41 %	4,41 % [3,59 ; 5,4] 87 / 1975 Fällen	4,24 % [3,44 ; 5,21] 85 / 2004 Fällen
5b	Sterblichkeit bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma	Ziel: 8,80 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 11,52 %	11,52 % [9,15 ; 14,42] 65 / 564 Fällen	8,55 % [6,47 ; 11,22] 46 / 538 Fällen
5c	Sterblichkeit bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung)	Ziel: 1,20 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 1,86 %	1,86 % [1,33 ; 2,58] 34 / 1831 Fällen	2,58 % [1,95 ; 3,4] 48 / 1863 Fällen
5d	Sterblichkeit bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma (exkl. Palliative Therapiezielsetzung)	Ziel: 6,00 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 9,12 %	9,12 % [6,3 ; 13,03] 26 / 285 Fällen	6,80 % [4,45 ; 10,27] 20 / 294 Fällen
6	Transurethraler oder Suprapubischer Katheter bei Entlassung/Verlegung	Ziel: 20,30 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 24,19 %	24,19 % [22,37 ; 26,11] 487 / 2013 Fällen	23,83 % [22 ; 25,76] 468 / 1964 Fällen
7	Nasogastrale Sonde (NGS) oder PEG/PEJ bei Entlassung/Verlegung	Ziel: 39,20 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 38,29 %	38,29 % [35,06 ; 41,62] 322 / 841 Fällen	38,63 % [35,33 ; 42,04] 311 / 805 Fällen
8	PEG/PEJ-Sonde bei Entlassung/Verlegung	Ziel: 10,20 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 10,88 %	10,88 % [8,28 ; 14,17] 47 / 432 Fällen	11,35 % [8,51 ; 14,99] 42 / 370 Fällen
9	Entwöhnung von Beatmung bei Entlassung/Verlegung	Ziel: 97,40 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 96,79 %	96,79 [93,52 ; 98,44] 211 / 218 Fällen	95,73 [92,31 ; 97,66] 224 / 234 Fällen
10	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei Entlassung/Verlegung	Ziel: 1,00 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 1,51 %	1,51 % [1,08 ; 2,1] 34 / 2250 Fällen	1,53 % [1,1 ; 2,12] 35 / 2291 Fällen
10a	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei nicht beatmeten Patienten und Patienten ohne Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung	Ziel: 0,00 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 1,05 %	1,05 % [0,67 ; 1,63] 19 / 1815 Fällen	0,91 % [0,57 ; 1,46] 17 / 1861 Fällen
10b	Neu entstandener Dekubitus (ab Grad 2) bei beatmeten Patienten oder Patienten mit Tracheostoma bei Entlassung/Verlegung	Ziel: 2,60 % Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 3,45 %	3,45 % [2,1 ; 5,61] 15 / 435 Fällen	4,19 % [2,66 ; 6,52] 18 / 430 Fällen

Abb. 2.2.2.1



3. Verfahren nach DeQS-RL

Lenkungsgremium der LAGQH (Stand: 31.12.2021)

Stimmberechtigtes Mitglied	Stellvertretung	Benannt durch
Dr. Dr. Josef Schardt	Carsten Czerny	Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Dr. Jens Hohmeier	Thomas Klosterkötter	Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
Jörg Hoffmann	Sandra Lutz	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Daniel Rascop	Dr. Wolfgang LangHeinrich	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Prof. Dr. Steffen Gramminger	Dr. Udo Wolff	Hessische Krankenhausgesellschaft
Dr. Norbert Köneke	Prof. Dr. Rillinger	Hessische Krankenhausgesellschaft
Dr. Roland Strasheim	Joachim Henkel	AOK Hessen
Christina Grün	Ralf Skrypzal	AOK Hessen
Ricarda Dellweg	Andreas Bösch	BKK Landesverband Süd
Frank Kimpel-Stephan	Holger Barfknecht Beate Stein Detlef Oesterwinter	IKK classic, KNAPPSCHAFT SVLFG
Claudia Ackermann	Rainer Sand	vdek-Landesverband Hessen
Rainer Sand	Christian Nyhuis	vdek-Landesverband Hessen
Beteiligtes Mitglied	Stellvertretung	Benannt durch
Dr. Susanne Johna	Nina Walter	Landesärztekammer Hessen
Frank Stricker-Wolff	Kerstin Freund-Gutmann	Landespflegerat Hessen
Angela Scherer	Markus Vomweg	Verband der Privaten Krankenversicherung
Ursula Häuser	N. N.	Patientenvertretung

Stzungstermine

Sitzung Nr.	Datum
8	11.05.2021
9	10.11.2021

Verfahren nach DeQS-Richtlinie (2018-2022)

Verfahren	2018*	2019	2020	2021	2022
1	QS PCI ^{Soz}	QS PCI ^{Soz}	QS PCI ^{Soz}	QS PCI ^{Soz, PB}	QS PCI ^{Soz, PB}
2	QS WI ^{Soz, EB}	QS WI ^{Soz, EB}	QS WI ^{Soz, EB}	QS WI ^{Soz, EB}	QS WI ^{Soz, EB}
3		QS CHE ^{Soz, Stat}	QS CHE ^{Soz, Stat}	QS CHE ^{Soz, Stat}	QS CHE ^{Soz, Stat}
4			QS NET (DIAL, PNTX/NLS ^{BV})	QS NET (DIAL, PNTX/NLS ^{BV})	QS NET (DIAL, PNTX/NLS ^{BV})
5			QS TX ^{Stat, BV}	QS TX ^{Stat, BV}	QS TX ^{Stat, BV}
6			QS HCH ^{Stat, BV}	QS HCH ^{Stat, BV}	QS HCH ^{Stat, BV}
7				QS KAROTIS ^{Stat}	QS KAROTIS ^{Stat}
8				QS CAP ^{Stat}	QS CAP ^{Stat}
9				QS MC ^{Stat}	QS MC ^{Stat}
10				QS GYN-OP ^{Stat}	QS GYN-OP ^{Stat}
11				QS DEK ^{Stat}	QS DEK ^{Stat}
12				QS HSMDEF ^{Stat}	QS HSMDEF ^{Stat}
13				QS PM ^{Stat}	QS PM ^{Stat}
14				QS HGV ^{Stat}	QS HGV ^{Stat}
15				QS KEP ^{Stat}	QS KEP ^{Stat}

Soz: Follow-up-Indikatoren unter Verwendung von Sozialdaten
 PB: Patientenbefragung
 Stat: nur stationär
 EB: zusätzlich einrichtungsbezogenen Befragung
 BV: Bundesverfahren
 * nach Qesü-RL

Tab. 3.1

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) aufgegangen. Tabelle 3.1 zeigt die aktuellen Verfahren der DeQS-RL mit den entsprechenden Besonderheiten in der zeitlichen Entwicklung. Auf die Verfahren 1-4 wird in den folgenden Kapiteln noch detaillierter eingegangen.

Beteiligte und Prozesse im Rahmen der DeQS-Richtlinie

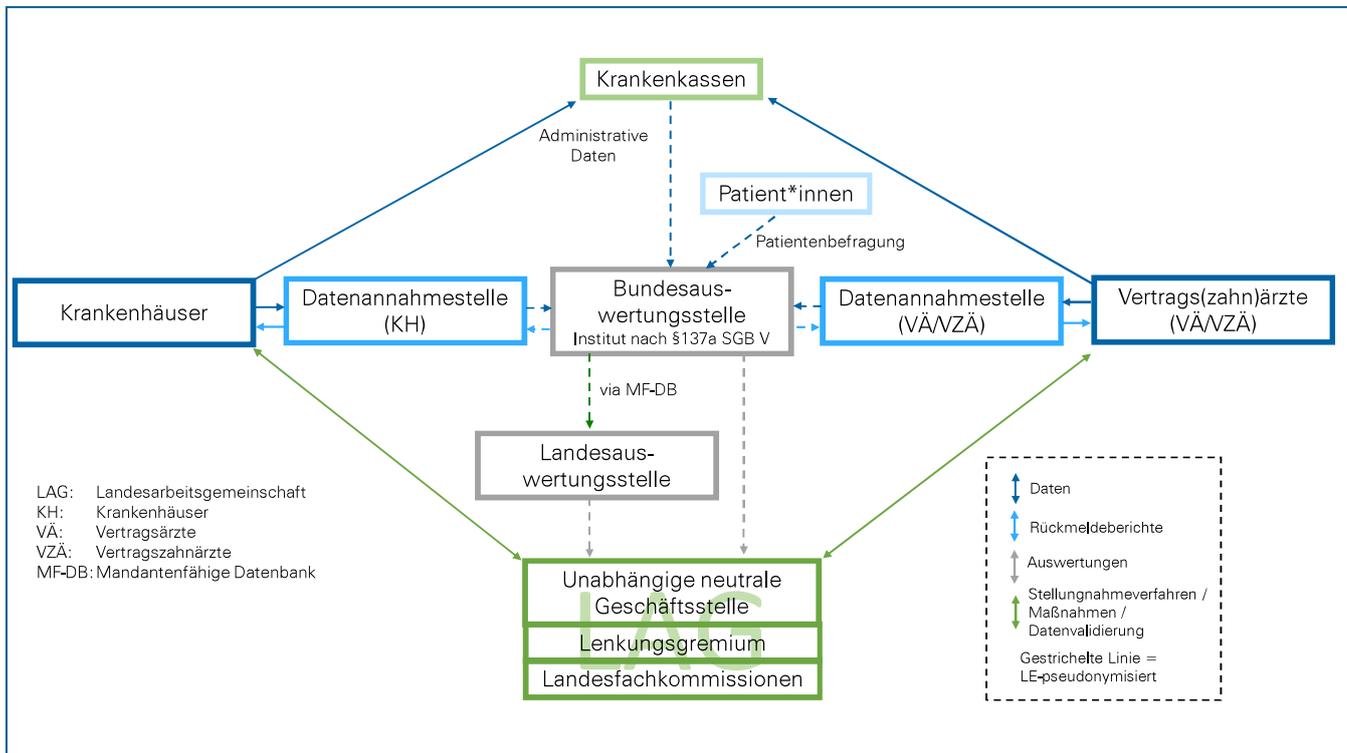


Abb. 3.1

Im Unterschied zur QSKH-RL gibt es in der DeQS-RL eine klare Aufgabenverteilung und auch definierte Regelungen zu den Datenarten und -flüssen. 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 (administrative Daten) oder sich indirekt im Rahmen von Patientenbefragungen generieren. Diese Daten bilden die Grundlage für die entsprechenden Qualitätsindikatoren, mit denen ggf. Qualitätsdefizite bei den jeweiligen Leistungserbringern festgestellt werden können.

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 leistungserbringerpseudonymisiert 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, dass es ggf. zu Konsequenzen bei den Leistungserbringern kommt. Sie umfassen eine unabhängige Geschäftsstelle, ein Lenkungsgremium und die Landesfachkommissionen und sind für die Umsetzung notwendiger Qualitätssicherungsmaßnahmen verantwortlich.

Durchführung Stellungnahmeverfahren

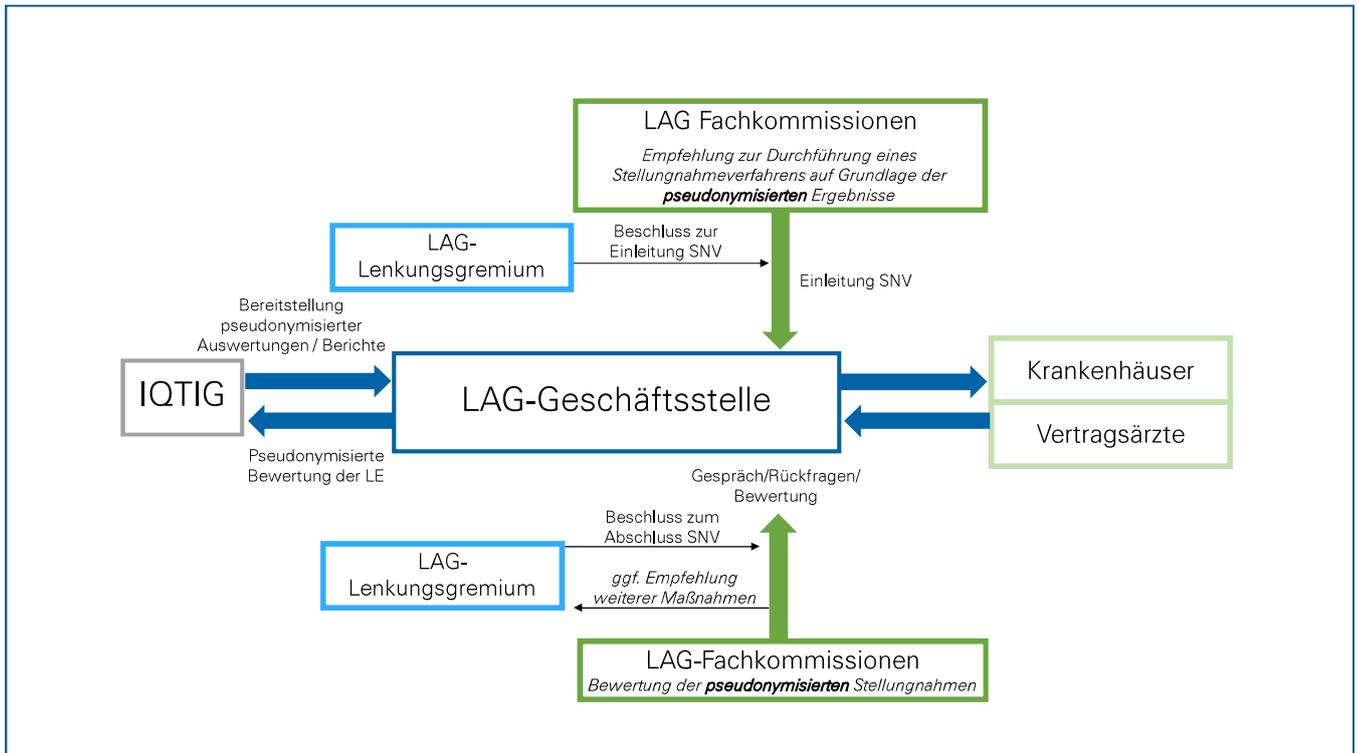


Abb. 3.2

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

Die Abbildung 3.2 zeigt, wie in Hessen das Stellungnahmeverfahren (SNV) gem. §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 mit den jeweiligen Fachkommissionen besprochen werden. Diese geben auf Grundlage der berechneten Qualitätsindikatoren eine Empfehlung ab, mit welchen Leistungserbringern ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden soll. Nach Beschluss durch das Lenkungsgremium 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 gesichtet. Sie ge-

ben eine Empfehlung bzgl. der Bewertung pro auffälligem Qualitätsindikator und ggf. auch bzgl. weiterer Maßnahmen ab. Das Lenkungsgremium beschließt letztendlich den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und ggf. auch die Durchführung weiterführender Maßnahmen (nach § 17 Abs. 3 und 4 der DeQS-RL). Im Nachgang erhalten die betroffenen Leistungserbringer eine Rückmeldung zu dem Beschluss, ggf. mit weiterführenden Informationen bzw. notwendigen durchzuführenden Maßnahmen.

3.1 QS PCI

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 Linksherzkathetereingriffe mit oder ohne Ballondilatation. In 2021 wurden hessenweit knapp 50.000 dieser Eingriffe durchgeführt, 70 % davon in einem stationären und 30 % in einem ambulanten Setting. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Fallzahl, mutmaßlich aufgrund der Coronapandemie, um 10 % reduziert. Dabei waren die Krankenhäuser deutlicher von der Reduktion betroffen als die ambulanten Leistungserbringer. Die Vollständigkeit der Erfassung lag insgesamt bei 100 %, obwohl einige Leistungserbringer deutliche Unterdokumentationen aufwiesen. Erklären lässt sich das Paradoxon durch eine Überdokumentation von Fällen durch andere Leistungserbringer.

Die Tabelle 3.1.1 zeigt die Übersicht aller QS-Datenbasierter Qualitätsindikatoren, zum einen in der Ent-

wicklung gegenüber dem Vorjahr, zum anderen im Vergleich zu dem Bundesergebnis. Insgesamt zeigen sich relativ stabile Ergebnisse. Bei dem Dosis-Flächen-Produkt (QI-ID 56005) hat sich das Ergebnis für die isolierten Koronarangiographien und die einzeitige PCI (QI-ID 56007) nochmal deutlich verbessert und liegt signifikant unter dem Bundesschnitt. Demgegenüber haben sich Indikatoren zur Kontrastmittelmenge leicht verschlechtert, liegen jedoch, bis auf die isolierte PCI, unterhalb des Bundeswertes. Erfreulich ist das Ergebnis zur Door-to-Balloon-Zeit, welches sich auch im Pandemiejahr nicht gegenüber dem Vorjahr verschlechtert hat. So wurden in Hessen knapp 80 % aller Patient*innen mit einem Herzinfarkt (ST-Hebungsinfarkt) innerhalb einer Stunde nach Aufnahme einer PCI zugeführt. Damit liegt das hessische Ergebnis deutlich über dem Bundesschnitt. Die Referenzbereiche werden vom IQTIG vorgegeben und entsprechen in der Regel der bundesweiten 95 %- bzw. 5 %-Perzentile.

Zum Interventionsjahr 2019 sind erstmals auch alle sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren ausgewertet und mit einem Referenzwert ausgewiesen worden. Sie werden zum Großteil auf Grundlage von Abrechnungsdaten der Krankenkassen berechnet und sind

Fachkommission (Stand: 31.12.2021)

Mitglied	Institution	Benannt durch
Dr. Thomas Cherdron	Medizinischer Dienst Hessen, Darmstadt	Verbände der Krankenkassen
Prof. Dr. Stephan Fichtlscherer	Universitätsklinikum Frankfurt a. M. Medizinische Klinik III / Kardiologie	Hessische Krankenhausgesellschaft
Dr. Christian Sellin	Klinikum Fulda Herz- und Thoraxchirurgie	Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
Prof. Dr. Thomas Voigtländer	Cardioangiologisches Centrum Bethanien (CCB) Frankfurt a. M.	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Prof. Dr. Gerald Werner (Sprecher)	Klinikum Darmstadt Medizinische Klinik I	Hessische Krankenhausgesellschaft
Dr. Matthias Zander	Kardiovaskuläres Zentrum, Darmstadt	Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
7	15.07.2021
8	13.10.2021

Ansprechpartner LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Dr. Björn Misselwitz	Melissa Kohlenberg

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren aus QS-Daten PCI - EJ 2019/2020, Hessen/Bund

QI-ID	Beschreibung	2019	2020		Referenzbereich
		Hessen	Hessen	Bund	
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	62,42 %	60,64 %	59,74 %	≥ 29,31 %
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	34,74 %	33,39 %	31,26 %	≤ 56,95 %
56002	Keine Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	andere Berechnung	4,93 %	3,16 %	≤ 36,92 %
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	78,92 %	79,40 %	72,59 %	≥ 45,16 %
56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	3,00 %	3,57 %	4,21 %	≤ 18,98 %
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ² (O/E)	0,76	0,67	0,91	≤ 2,15
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ² (O/E)	0,94	1,01	1,00	≤ 2,31
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ² (O/E)	0,94	0,82	0,93	≤ 2,06
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	0,16 %	0,23 %	0,39 %	≤ 0,83 %
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	3,81 %	4,21 %	5,23 %	≤ 11,57 %
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	15,45 %	19,23 %	19,05 %	≤ 44,93 %
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	10,88 %	11,19 %	12,37 %	≤ 27,44 %
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	92,19 %	93,48 %	92,88 %	≥ 85,36 %
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	94,49 %	94,48 %	94,50 %	≥ 89,23 %

Tab. 3.1.1

im Gegensatz zu den QS-Daten nicht immer von der Dokumentation des intervenierenden Leistungserbringers abhängig. Bis auf den Qualitätsindikator „Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen“ (QI-ID 56012) wurde bei allen Indikatoren eine Risikoadjustierung durchgeführt und das Ergebnis als Ratio (Beobachtet/Erwartet, bzw. Observed/Expected, O/E) dargestellt. Die MACCE-Indikatoren (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events) werden jeweils im Zeitraum von sieben Tagen sowohl für die isolierten Koronarangiographien, die PCIs als auch die Erst-PCI nach Herzinfarkt berechnet. Sie berücksichtigen neben dem Exitus im Herzkatheterlabor, dem Reinfarkt und einem Schlaganfall auch postprozedurale Koronarverschlüsse sowie bei den PCIs auch

Re-Interventionen und Verlegungen zur Bypass-OP. Die Indikatoren zur Sterblichkeit betrachten den Zeitraum von 30 Tagen bzw. einem Jahr nach Intervention. Tabelle 3.1.2 zeigt die hessischen Ergebnisse zu den Eingriffen, die in 2019 durchgeführt wurden, im Vergleich zum Bund. Bei den O/E-Indikatoren wird hier neben der Ratio auch die tatsächliche Rate (Observed) dargestellt. Signifikante Unterschiede zwischen den hessischen Ergebnissen und den Bundesergebnissen lassen sich nicht erkennen. Die tatsächliche 1-Jahres-Sterblichkeit betrug in Hessen 9,38 % (Bund 9,93 %).

Im Verfahrensjahr 2021 waren 57 Leistungserbringer in insgesamt 120 Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällig. Von 38 Leistungserbringern wurden Stel-

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren aus Sozialdaten PCI - EJ 2019, Hessen/Bund

QI-ID	Beschreibung	2019		Referenzbereich
		Hessen	Bund	
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	3,01 %	2,92 %	≤ 5,62 %
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (O/E)	0,92 (O = 1,16 %)	1,01 (O = 1,25 %)	≤ 2,92
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (O/E)	1,05 (O = 4,58 %)	1,00 (O = 4,12 %)	≤ 2,15
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (O/E)	1,01 (O = 14,15 %)	1,00 (O = 14,27 %)	≤ 1,86
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) (O/E)	0,99 (O = 1,58 %)	1,03 (O = 1,65 %)	≤ 2,32
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag) (O/E)	1,01 (O = 5,13 %)	1,01 (O = 5,49 %)	≤ 1,61

Tab. 3.1.2

lungennahmen angefordert, wobei die Stellungnahmen insgesamt 67 Qualitätsindikatoren betrafen. Von diesen Qualitätsindikatoren wurden 15 als unauffällig und neun als qualitativ auffällig bewertet. Bei einem Leistungserbringer, der in drei Qualitätsindikatoren aus der Indikatorengruppe zum Dosis-Flächen-Produkt auffällig bewertet wurde, ist weiterhin ein Kollegiales Gespräch anberaumt worden. Bei 13 Qualitätsindikatoren liegen Dokumentationsfehler zugrunde. Nahezu die Hälfte der eingegangenen Stellungnahmen konnte von der Fachkommission nicht bewertet werden. Dies betraf ausschließlich die neuen sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren. Hintergrund hierfür sind zum einen fehlende Informationen zu den auslösenden Kriterien, zum anderen aber auch der fragliche kausale Zusammenhang zu der Koronarangiographie bzw. der PCI. Gerade bei den Indikatoren zur Sterblichkeit (nach 30 Tagen bzw. einem Jahr) konnten sich die Leistungserbringer das Versterben häufig nicht erklären, da bei Entlassung keine Anzeichen dafür vorlagen. Da keine Informationen zur Todesursache vorliegen, bleibt der kausale Zusammenhang zu den Primärintervention im Unklaren. Um in Zukunft auf Basis der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren ein sinnvolles

Stellungnahmeverfahren durchführen zu können, ist es unverzichtbar, zusätzliche Informationen zu den Komplikations- bzw. Sterbefällen einzubeziehen. Auch sollte darüber nachgedacht werden, die Indikatoren hinsichtlich ihrer Spezifität zu schärfen, um damit auch höhere Wahrscheinlichkeiten zu bekommen, bei einer rechnerischen Auffälligkeit auch ein tatsächliches Qualitätsproblem zu identifizieren.

Drei Leistungserbringer erhielten in jeweils einem Qualitätsindikator einen Hinweis. Bei den übrigen 50 Indikatoren, welche sich auf 16 Leistungserbringer verteilen, wurden keine Maßnahmen ergriffen. Hintergrund hierbei ist ausnahmslos die Tatsache, dass es sich um Verbringungsleistungen (in meist geringer Zahl) handelt, die zwar von dem auffälligen Leistungserbringer abgerechnet, jedoch selbst nicht erbracht werden.

Die Zusammenfassung des Stellungnahmeverfahrens zum Verfahrensjahr 2021 in Hessen ist in Tabelle 3.1.3 dargestellt. Hieraus ist auch ersichtlich, zu welchen Qualitätsindikatoren die Ergebnisse inkl. Bewertungen im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Übersicht Stellungnahmeverfahren

QI ID	Beschreibung	r. a. E	SNV	QU	QA	KG	kB	H	KSV
56000*	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	5	2	2		-	-	-	3
56001*	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	8	4	4		-	-	-	4
56002	Keine Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	8	6	6		-	-	-	2
56003*	Door-to-balloon-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	1	-	-		-	-	-	1
56004*	Door-Zeitpunkt oder 'Balloon'-Zeitpunkt unbekannt	4	2	2		-	-	-	2
56005*	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	6	3	1	2	1	-	1	2
56006*	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	3	1	-	1	1	-	-	2
56007*	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	4	1	-	1	1	-	1	2
56008*	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	7	4	4		-	-	-	3
56009*	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	2	2	-	2	-	-	-	-
56010*	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	3	1	-	1	-	-	1	1
56011*	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	4	2	-	2	-	-	-	2
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	11	8	-	-	-	8	-	3
56014*	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	6	3	3		-	-	-	3
56016*	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	9	6	6		-	-	-	3
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	4	3	-	-	-	3	-	1
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	11	6	-	-	-	6	-	5
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	12	6	-	-	-	6	-	6
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	4	3	-	-	-	3	-	1
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	8	4	-	-	-	4	-	4
SUMME		120	67	28	9	3	30	3	50
Legende:		*Veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren (Qb-R) r.a.E.: rechnerisch auffällige Ergebnisse Stellungnahme: SNV: Stellungnahmeverfahren H: Hinweis KSV: Kein Stellungnahmeverfahren Bewertung: QU: qualitativ unauffällig QA: qualitativ auffällig kB: keine Bewertung Maßnahmen: KG: Kollegiales Fachgespräch							

Tab. 3.1.3

3.2 QS WI

Das Verfahren QS WI hat zum Gegenstand, postoperative Wundinfektionen zu vermeiden. Dazu werden fallbezogen postoperative Wundinfektionsraten und einrichtungsbezogen das Hygiene- und Infektionsmanagement betrachtet. Im Besonderen zu erwähnen ist, dass sich das Verfahren über einen Zeitraum von mittlerweile sieben Jahren in Erprobung befindet. Laut DeQS-RL ist „die Erprobung notwendig, um die Methoden des Verfahrens insbesondere hinsichtlich der Datenzusammenführung, der Bewertung der Auffälligkeiten und der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens zu optimieren“. Dies bedeutet u. a., dass für die Dauer des Erprobungszeitraums keine Vergütungsabschlüsse bei fehlender Dokumentation der Datensätze erfolgt und - bis auf ein Stellungnahmeverfahren - keine weiteren Maßnahmen (gem. § 12 Abs. 3 Satz 5-7 DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen) eingeleitet werden können.

Fachkommission (Stand: 31.12.2021)

Mitglied	Institution	Benannt durch
Dr. Simon Classen	Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim Gefäßzentrum	Hessische Krankenhausgesellschaft
Dr. Johannes Harbering	BG Unfallklinik, Frankfurt a. M. Septische Chirurgie	Hessische Krankenhausgesellschaft
Liselotte Hartje-Wöhrle	Universitätsklinikum Frankfurt a. M. Qualitätscontrolling	Hessische Krankenhausgesellschaft
Jan Henniger	Gemeinschaftspraxis für Chirurgie und Orthopädie, Frankfurt a. M.	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
PD Dr. Bernhard Jahn-Mühl	AGAPLESION gAG, Frankfurt a. M. Institut für Hygiene und Umweltmedizin	Hessische Krankenhausgesellschaft
Dr. Alexander Schoucair	Medizinischer Dienst Hessen, Frankfurt a. M.	Verbände der Krankenkassen
Dr. Michael Weidenfeld (Sprecher)	Medicum Facharztzentrum, Wiesbaden	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Dr. Norbert Weykunat	Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Frankfurt a. M.	Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
5	12.07.2021
6	25.10.2021

Ansprechpartner LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Dr. Björn Misselwitz	Melissa Kohlenberg

Übersicht zu den berücksichtigten Daten und Leistungserbringern

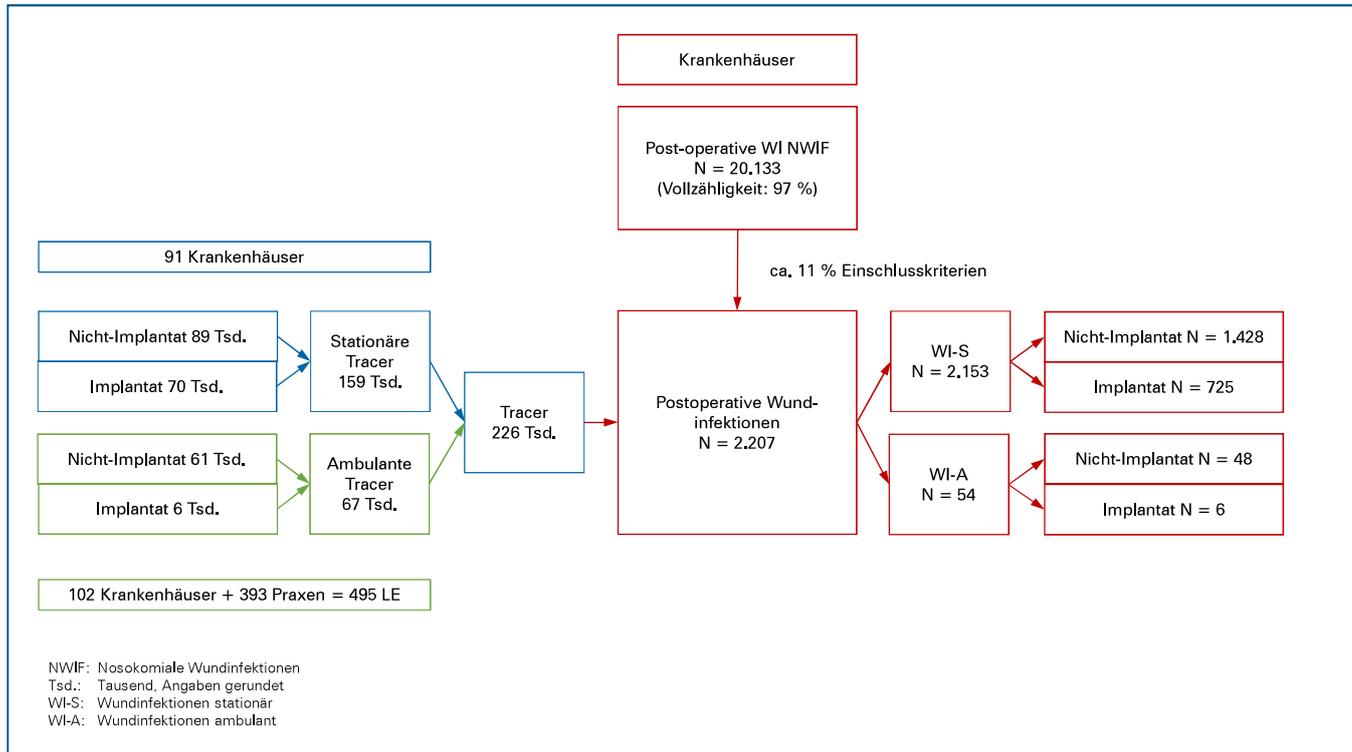


Abb. 3.2.1

Aufgrund notwendiger Überarbeitung ist für das Erfassungsjahr 2020 die einrichtungsbezogene Erfassung ausgesetzt worden. Im Verfahrensjahr 2021 wurden erstmals die Qualitätsindikatoren zur fallbezogenen Erfassung ausgewertet und den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. Die Erfassung basiert zum einen auf Sozialdaten und zum anderen auf Daten der Qualitätssicherung aus den Krankenhäusern. Die Sozialdaten werden von den Krankenkassen eingebracht und beinhalten Informationen zu allen in Krankenhäusern und Praxen durchgeführten Tracer-Operationen. In Hessen sind damit 226 Tsd. Eingriffe aus dem Jahr 2019 eingeflossen, 159 Tsd. stationäre Eingriffe aus 91 Krankenhäusern und 67 Tsd. ambulante Eingriffe aus 102 Krankenhäusern und 393 Arztpraxen (siehe Abb. 3.2.1). Zusätzlich löst in den Krankenhäusern ein QS-Filter die QS-Dokumentation mutmaßlicher stationär behandelter postoperativer Wundinfektionen aus. In Hessen waren dies in 2019 20 Tsd. Fälle. 11 % (2.207 Fälle) davon sind gemäß der Einschlusskriterien (Bestätigung der nosokomialen Infektion, Abstand zwischen Eingriff und Diagnosestellung) mit den vorliegenden Tracereingriffen aus Sozialdaten verknüpft

worden. Diese postoperativen Wundinfektionen sind erwartungsgemäß zu über 97 % nach stationären und nur in 2,5 % nach ambulanten Eingriffen entstanden. (Abb. 3.2.1).

In den Tabellen 3.2.1 und 3.2.2 sind die hessischen Ergebnisse der hieraus berechneten Qualitätsindikatoren sowohl für die ambulanten als auch für die stationären Eingriffe im Vergleich zu den Bundesergebnissen aufgeführt. Hiernach traten in Hessen, auf Grundlage der vorliegenden Daten, nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) in 1.428 von 88.295 Fällen (1,6 %) auf (QI-ID 2500). Am häufigsten sind diese mit 3,3 % auf Tracer-Eingriffe in der Chirurgie/Allgemeinchirurgie gefolgt von Eingriffen in der Gefäßchirurgie (3,0 %) zurückzuführen. Unter 1 % liegen die Raten bei gynäkologisch-geburtshilflichen Eingriffen (0,8 %), plastisch-chirurgischen Eingriffen (0,7 %) sowie orthopädisch-unfallchirurgischen Eingriffen (0,4 %).

Qualitätsindikatoren aus Sozialdaten - ambulante Eingriffe

QI-ID	Bezeichnung	Typ	Hessen	Bund
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operation)	Sentinel Event	0,08 % (48 / 61.236)	0,10 % (588 / 587.336)
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,11 % (6 / 5.526)	0,15 % (81 / 53.806)
1502	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,00 % (0 / 61.236)	0,00 % (4 / 587.336)
1503	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,00 % (0 / 5.526)	0,00 % (0 / 53.806)

Tab. 3.2.1

Qualitätsindikatoren aus Sozialdaten - stationäre Eingriffe

QI-ID	Bezeichnung	Typ	Hessen	Bund
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operation)	Rate	1,62 % (1.428 / 88.295)	1,68 % (21.839 / 1.302.713)
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	Rate	1,03 % (725 / 70.299)	1,08 % (10.861 / 1.006.895)
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Rate	1,07 % (942 / 88.295)	1,11 % (14.487 / 1.302.713)
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	Rate	0,83 % (583 / 70.299)	0,86 % (8.693 / 1.006.895)
2504	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,01 % (13 / 88.295)	0,01 % (166 / 1.302.713)
2505	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	Sentinel Event	0,02 % (12 / 70.299)	0,01 % (147 / 1.006.895)

Tab. 3.2.2

Da in dem fallbezogenen QS WI-Verfahren zum Erfassungsjahr 2021 keine Referenzbereiche festgelegt wurden, fand auch kein reguläres Stellungnahmeverfahren statt. Unabhängig davon wurden auf Empfehlung der hessischen Fachkommission „Krankenhäuser mit deutlich vom Durchschnitt abweichenden Ergebnissen“ im Rahmen einer Datenvalidierung um kritische Auseinandersetzung und Rückmeldung gebeten. Voraussetzung hierfür war, dass die mutmaßlichen postoperativen Wundinfektionen in der eigenen Klinik aufgefallen sind. Betroffen waren je drei Krankenhäuser in den Qualitätsindikatoren „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen, Nicht-Implantat-Operationen“ (QI-ID 1500) und „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen, Nicht-Implantat-Operationen“ (QI-ID 2500), die um Rückmeldung gebeten wurden. Fünf auffällige Leistungserbringer erhielten zu dem Qualitätsindikator „Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen, Nicht-Implantat-Operationen“ (QI-ID 2502) einen Hinweis.

Die ersten Erkenntnisse aus den Rückmeldungen der Kliniken zeigen zum Teil noch fehlerhafte Einordnungen der ausgelösten Fälle als postoperative Wundinfektionen. Weiterhin gibt es Hinweise, dass die Ergebnisse noch nicht ausreichend risikoadjustiert sind.

3.3 QS CHE

In 2021 wurden vom IOTIG erstmals Ergebnisse aus dem Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE) zur Verfügung gestellt. Die QS CHE ist ein sozialdatenbasiertes Verfahren und somit auf GKV-versicherte Patient*innen mit Gallenblasenentfernung beschränkt.

Da Gallenblasenentfernungen in der Regel stationär durchgeführt werden, ist das Verfahren primär der Krankenhausversorgung zuzuordnen. Dies gilt auch für belegärztlich durchgeführte Eingriffe. Zur korrekten Interpretation der Ergebnisse werden in den Krankenhäusern zu jedem Eingriff zusätzliche Informationen erfasst und später mit den Sozialdaten verknüpft (Abb. 3.3.1). Somit sollen bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren Sachverhalte, die in keinem Zusammenhang mit der Cholezystektomie stehen, schon im Vorfeld ausgeschlossen werden, damit sie nicht fälschlicherweise als Komplikationen gewertet werden.

Bezogen auf das Indexjahr 2019 sind für Hessen 11.239 Gallenblasenentfernungen erfasst worden, für das Jahr 2020 sind die Zahlen in Hessen mit 10.691 um 5 % zurückgegangen. Dieser Trend zeigt sich auch bundesweit und lässt sich mutmaßlich mit dem Ver-

Prozessablauf sozialdatenbasierte QI

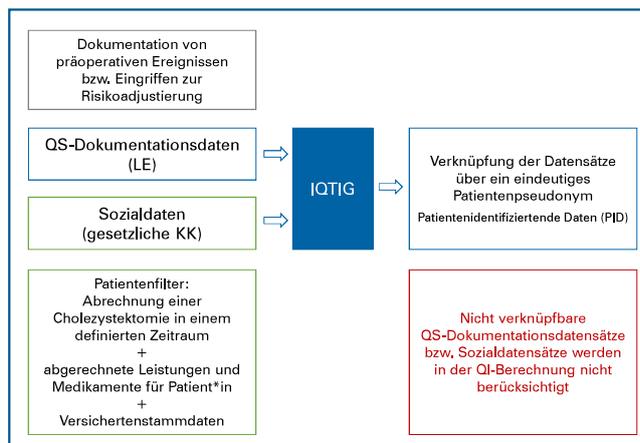


Abb. 3.3.1

schieben elektiver Gallenblasenoperationen im Rahmen der Pandemie erklären. Die Dokumentationsrate liegt in beiden Jahren bei über 100 %. Solche Überdokumentationen lassen sich zumeist durch abrechnungstechnische Gründe erklären. Erfreulich ist die hohe Rate der Verknüpfung der QS-Daten mit den Sozialdaten. Sie lag bereits in 2019 für die hessischen Daten bei 98,3 % und hat sich in 2020 nochmal erhöht auf 99,3 %. Dass die 71 nicht verknüpften Fälle

Fachkommission (Stand: 31.12.2021)

Mitglied	Institution	Benannt durch
PD Dr. Achim Hellinger	Klinikum Fulda Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Hessische Krankenhausgesellschaft
PD Dr. Dr. Jörg Höer	Hochtaunus-Kliniken, Bad Homburg Chirurgische Klinik I	Hessische Krankenhausgesellschaft
Dr. Christian Kuntz	Krankenhaus Weilburg Allgemein- und Viszeralchirurgie	Hessische Krankenhausgesellschaft
Dr. Jürgen Schott	Medizinischer Dienst Hessen, Gießen	Verbände der Krankenkassen
Dr. Alexander Schoucair	Medizinischer Dienst Hessen, Frankfurt a. M.	Verbände der Krankenkassen
Dr. Andreas Strack	Praxisklinik Strack und Belegarzt, Darmstadt	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
PD Dr. Peter Vogel	Klinikum Bad Hersfeld Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Hessische Krankenhausgesellschaft

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
1	06.09.2021

Ansprechpartner LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Dr. Björn Misselwitz	Melissa Kohlenberg

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren Indexjahr 2019/2020, Hessen/Bund

QI-ID	Beschreibung	2019				2020			
		Referenzbereich (95. Perzentil)	Vertrauensbereich HE	Hessen	Bund	Referenzbereich (95. Perzentil)	Vertrauensbereich HE	Hessen	Bund
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,57 %	0,50 – 0,79 %	0,63 %	0,81 %	≤ 2,94 %	0,52 – 0,83 %	0,66 %	0,91 %
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 11,90 %	3,52 – 4,24 %	3,86 %	4,83 %	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,28 %	0,35 – 0,60 %	0,45 %	0,56 %	≤ 2,60 %	0,43 – 0,72 %	0,56 %	0,59 %
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 8,85 %	2,33 – 2,92 %	2,61 %	3,62 %	≤ 9,36 %	2,49 – 3,12 %	2,79 %	4,00 %
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,48 %	0,21 – 0,41 %	0,29 %	0,33 %	≤ 1,44 %	0,20 – 0,40 %	0,28 %	0,33 %
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 34,01 %	14,64 – 15,99 %	15,30 %	13,20 %	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 4,57 %	1,30 – 1,75 %	1,51 %	1,79 %	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.

Tab. 3.3.1

zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen, ist nicht zu erwarten.

Die Tabelle 3.3.1 zeigt die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bezogen auf die Eingriffe in 2019 sowie 2020. Die insgesamt sieben berechneten Qualitätsindikatoren bilden dabei ausschließlich das Komplikationsgeschehen nach Gallenblasenentfernung ab. Zwei Qualitätsindikatoren werden erst mit einer Latenz von zwei Jahren nach dem Eingriff berechnet (QI-ID 58001, 58005 und 58006) und sind daher nur für das Indexjahr 2019 verfügbar.

Insgesamt zeigt sich, bezogen auf die hessischen Ergebnisse über die beiden Jahre, zwar eine leichte aber nicht signifikante Verschlechterung; bis auf einen Qualitätsindikator liegen die hessischen Ergebnisse aber unterhalb des Bundesdurchschnitts, und dies zum Teil deutlich (QI-ID 58003: Interventionsbedürftige Blutung innerhalb von 30 Tagen). Eine mögliche Aussage zur viszeralchirurgischen Versorgungsqualität in den hessischen Krankenhäusern lässt sich hieraus jedoch noch nicht ableiten.

Da sich die Qualitätsindikatoren noch in der Entwicklung befinden und bisher auch keine Risikoadjustierung durchgeführt wird, hat das IQITG empfohlen, für das erste Auswertungsjahr (Berichtsjahr 2021) kein Stellungnahmeverfahren durchzuführen. Unabhängig davon hat die hessische Fachkommission empfohlen, auffällige Kliniken zu den Indikatoren 58000, 58001

und 58002 im Sinne einer Datenvalidierung um Rückmeldung zu bitten. Damit sollen zum einen mögliche Unschärfen bei den Indikatoren identifiziert und ggf. dem IQITG übermittelt werden, zum anderen aber auch schon Erkenntnisse für das anstehende Stellungnahmeverfahren in 2022 gesammelt werden.

3.4 QS NET - NET-DIAL

Die Qualitätssicherung Dialyse ist Bestandteil des Verfahrens „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET). Das Verfahren soll gem. DeQS-RL die qualitätsrelevanten Aspekte in den folgenden Bereichen messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- ✓ Aufklärung der Patient*innen (inkl. Dialyseverfahren und Evaluation zur Transplantation)
- ✓ Dialysebehandlung (inkl. Versorgung mit geeignetem Dialysezugang, Ernährungs- und Anämie-management)
- ✓ Unerwünschte Ereignisse und Überleben der Patient*innen

Hierfür wurden vom IQTIG bisher sieben Qualitätsindikatoren entwickelt, die sich auf Grundlage von QS-Daten aus den betroffenen Praxen und Krankenhäusern berechnen lassen (Tab. 3.4.1).

Zum Erfassungsjahr 2020 sind hierzu 11 Tsd. Fälle aus 14 Praxen und acht Krankenhäusern eingegangen. Die Vollständigkeit der Erfassung im ersten Jahr lag noch unter 100 %. Vor allem bezogen auf die Krankenhäuser, welche die Fälle in der Regel teilstationär versorgen, lag die Dokumentationsrate mit knapp 23 % deutlich unter dem Soll. Im Gegensatz dazu wiesen

die teilnehmenden Praxen eine Vollständigkeit von 90 % auf. Hintergrund der zum Teil noch geringen Dokumentationsraten waren primär die unterjährigen Anpassungen der vom IQTIG bereitgestellten Spezifikationen und die daraus folgenden Umsetzungsprobleme bei den Leistungserbringern.

Tabelle 3.4.1 zeigt die ersten Ergebnisse zu diesem Verfahren für Hessen und den Bund. Aufgrund der geringen Vollständigkeit sind diese Ergebnisse jedoch mit einer entsprechenden Vorsicht zu werten. Die hier aufgeführten Absolutzahlen (in Klammern) zeigen auch, dass nur ein Teil der erfassten Fälle in die Auswertungen einfließen. So werden nur Patient*innen berücksichtigt, deren Therapiestatus als ständige Dialysebehandlung dokumentiert war und die sich mindestens 13 Wochen in Dialysebehandlung befanden. Weiterhin wurden auch nur die Leistungen berücksichtigt, die im Zeitraum vom 01.01.2020 bis 30.09.2020 erbracht wurden.

Obwohl bereits zu vier Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert wurden, gab es vom IQTIG eine Empfehlung, für das Erfassungsjahr 2020 kein Stellungnahmeverfahren durchzuführen. Dieser Empfehlung hat sich auch die hessische Fachkommission angeschlossen.

Fachkommission (Stand: 31.12.2021)

Mitglied	Institution	Benannt durch
Dr. Christoph Betz	Universitätsklinikum Frankfurt a. M. Medizinische Klinik III	Hessische Krankenhausgesellschaft
Dr. Dipl. Ing. Eberhard Köhler	Dialyse Volkmarzen	Kassenärztliche Vereinigung
Hristina Koleva	Medizinischer Dienst Hessen, Oberursel	Verbände der Krankenkassen
PD Dr. Alexander Scheel	Dialyse- und Nierenzentrum Becker & Scheel, Heusenstamm	Kassenärztliche Vereinigung
Dr. Georg Strack	KfH Nierenzentrum, Bad König	Kassenärztliche Vereinigung

Termine Fachkommissions-Sitzungen

Sitzung Nr.	Datum
1	07.09.2021

Ansprechpartner LAGQH

Projektleitung	Projektassistenz
Dr. Björn Misselwitz	Melissa Kohlenberg

Ergebnisse der Qualitätsindikatoren Erfassungsjahr 2020, Hessen/Bund

QI-ID	Beschreibung	Referenzbereich	Hessen	Bund
572001	Aufklärung über Behandlungsoptionen	n.d.	90,54 % (201 / 222)	89,93 % (2.573 / 2.861)
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	≤ 51,36 % (95. Perzentil)	33,78 % (200 / 592)	23,46 % (2.989 / 12.742)
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse	≤ 50,00 % (90. Perzentil)	38,01 % (309 / 813)	27,81 % (4.876 / 17.534)
572005	Dialysefrequenz pro Woche	≤ 82,44 % (95. Perzentil)	33,46 % (269 / 804)	33,43 % (5.817 / 17.401)
572006	Dialysedauer pro Woche	≤ 15,00 %	52,74 % (424 / 804)	51,09 % (8.890 / 17.401)
572007	Ernährungsstatus	n.d.	2,85 % (36 / 1.261)	2,49 % (374 / 15.032)
572008	Anämiemanagement	n.d.	0,00 % (0 / 1.261)	0,04 % (6 / 15.032)

Tab. 3.4.1



4. Verfahren nach QSKH-RL

In § 15 der QSKH-RL sind Berichtspflichten zum Strukturierten Dialog und zum Datenvalidierungsverfahren festgelegt. Den Landesgeschäftsstellen ist dabei aufgetragen, neben einer maschinenlesbaren Datenbank mit allen standortbezogenen Ergebnissen der Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien auch einen zusammenfassenden Text an den Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA zu senden. Dieser Verpflichtung wird hier letztmalig nachgekommen, da die QSKH-RL zum Erfassungsjahr 2021 außer Kraft getreten ist.

Strukturierter Dialog

Für das Erfassungsjahr 2020 wurden insgesamt 156 verschiedene berichtspflichtige Kennzahlen (Qualitätsindikatoren) aus 16 Modulen an 204 Krankenhausstandorten berechnet. In 3,6 % bis 13,1 % der

ausgewerteten Indikatoren ergaben sich dabei rechnerische Auffälligkeiten (Tab. 4.1). Dies bedeutet, dass die jeweils definierten Referenzbereiche nicht erreicht wurden. Ob das Abweichen vom vorgegebenen Referenzbereich als qualitativ auffällig zu bewerten war, auf systematischer Fehldokumentation beruhte oder durch Besonderheiten im behandelten Patientenkollektiv erklärt werden konnte, wurde durch die jeweiligen Fachausschüsse im Rahmen des Strukturierten Dialoges festgestellt. Grundlage hierfür waren die von den Kliniken angeforderten Stellungnahmen.

Bei insgesamt 553 rechnerischen Auffälligkeiten (Abb. 4.1) wurden in 257 Fällen Stellungnahmen von den betroffenen Kliniken angefordert. Nach den pandemiebedingten Einschränkungen des Vorjahres wurde nur noch 287 mal (2020: 362) von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, bei rechnerischen Auffälligkeiten Hinweise zu vergeben.

Übersicht über ausgewertete Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020

Leistungsbereich	Modul	N Kliniken / Standorte	N ausgewert. Kennzahlen ¹	rechnerisch auffällig ²		qualitativ auffällig ² (Einstufung "A")		systematische Fehldokumentation ² (Einstufung "D")	
				Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Herzschrittmacher-Implantation	09/1	66	813	75	9,2 %	8	1,0 %	1	0,1 %
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	09/2	58	120	10	8,3 %	1	0,8 %	0	0,0 %
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3	55	168	6	3,6 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	09/4	50	519	51	9,8 %	1	0,2 %	1	0,2 %
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	09/5	48	102	6	5,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Implantierbare Defibrillatoren-Revision	09/6	41	120	6	5,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Karotis-Revaskularisation	10/2	41	248	16	6,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Gynäkologische Operationen	15/1	69	486	49	10,1 %	3	0,6 %	0	0,0 %
Geburtshilfe	16/1	45	353	22	6,2 %	6	1,7 %	0	0,0 %
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynth. Versorgung	17/1	72	389	27	6,9 %	3	0,8 %	0	0,0 %
Hüftendoprothesenversorgung	HEP	76	1.015	75	7,4 %	6	0,6 %	6	0,6 %
Knieendoprothesenversorgung	KEP	75	725	46	6,3 %	1	0,1 %	3	0,4 %
Mammachirurgie	18/1	51	428	46	10,7 %	3	0,7 %	0	0,0 %
Dekubitusprophylaxe	DEK	116	306	31	10,1 %	9	2,9 %	11	3,6 %
Neonatologie	NEO	29	133	12	9,0 %	1	0,8 %	0	0,0 %
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	88	571	75	13,1 %	10	1,8 %	5	0,9 %

¹ Anzahl der ausgewerteten Kennzahlen (exkl. Hessenindikatoren und Datenvalidierung) mit definiertem Referenzbereich im jeweiligen Leistungsbereich (bezieht sich auf Kliniken/Standorte, die zum jeweiligen Indikator Fälle mit zutreffender Nennerbedingung hatten)

² Prozentzahlen beziehen sich auf die gesamte Anzahl der Kennzahlen mit definiertem Referenzbereich im jeweiligen Leistungsbereich

Tab. 4.1

Erfreulicherweise konnte mit 32,2 % (Abb. 4.2) bzw. in 178 Fällen eine unauffällige Qualität festgestellt werden, deutlich mehr als in den beiden Vorjahren (2020: 93, 2019: 149). Der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten ging dementsprechend auf 9,4 % zurück.

Den höchsten Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten gab es mit 13,1 % bei 75 ausgewerteten Kennzahlen im Leistungsbereich ambulant erworbene Pneumonie (Tab. 4.1). Hiervon mussten zehn auch als qualitativ auffällig bewertet werden. Diese Auffälligkeiten verteilten sich gleichmäßig über mehrere verschiedene Qualitätsindikatoren. Als gemeinsames Problem ließ sich hierbei gehäuft die sogenannte „Streubelegung“ identifizieren. Davon spricht man, wenn Patient*innen mit ähnlichem Krankheitsbild auf Stationen mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten versorgt werden; wenn also an ambulant erworbener Pneumonie Erkrankte nicht nur auf internistisch-pneumologischen

Stationen versorgt werden, sondern auch auf gastroenterologischen, kardiologischen oder gar auf operativen Stationen. Auf solchen Stationen fällt eine leitliniengerechte Versorgung dieses Patientenkontextes schwer und führt entsprechend zu gehäuft auffälligen Indikatorbewertungen. Hier haben sich Kollegiale Gespräche mit Zielvereinbarungen als qualitätsfördernde Maßnahmen bewährt.

Mit 2,9 % ist der Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Kennzahlen im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe am höchsten. Hier zeigten sich neun qualitative Auffälligkeiten, insbesondere bei im Rahmen von stationären Aufenthalten erworbenen Dekubitalulcera mit Grad/Kategorie 4. Im Strukturierten Dialog zum zugehörigen Qualitätsindikator wird jedem einzelnen aufgetretenen Fall nachgegangen („Sentinel Event“). Oft zeigten sich dabei grundsätzliche Prozess- und Strukturmängel in der pflegerischen Versorgung. Etwa

Maßnahmen bei rechnerischer Auffälligkeit

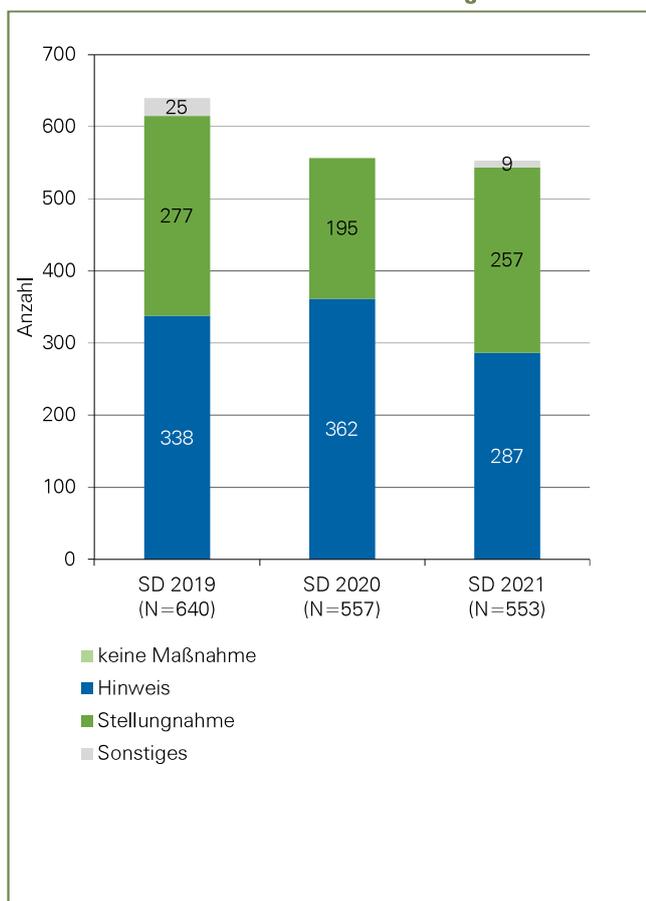


Abb. 4.1

Bewertungen bei rechnerischer Auffälligkeit

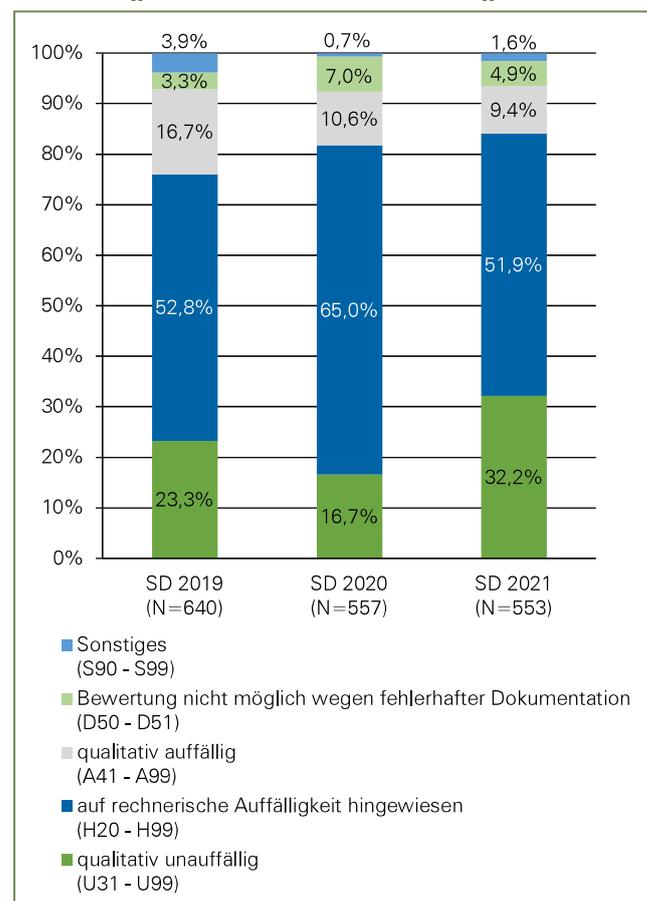


Abb. 4.2

ebenso häufig (elf Mal) zeigte sich aber, dass die rechnerischen Auffälligkeiten nicht durch Defizite in der Patientenversorgung bedingt waren, sondern durch Dokumentationsprobleme.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurde ein Kollegiales Gespräch mit einer Klinik geführt, die bereits seit 2017 im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad I)“ (QI-ID 52009) auffällig ist und mit der bereits im Vorjahr diesbezüglich ein Gespräch stattgefunden hat. Die Ergebnisse des Gesprächs führten den Fachausschuss zu der Empfehlung der Entanonymisierung der Klinik im Lenkungsausschuss, da Zielvereinbarungen zeitlich und inhaltlich von der Klinik nicht adäquat umgesetzt werden konnten. Nach einem Gespräch mit Mitgliedern des Lenkungsausschusses und des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI) ist aktuell eine Klinikvisitation zur Überprüfung der Prozesse und Strukturen vor Ort in Planung.

Ein vergleichsweise hoher Anteil an qualitativen Auffälligkeiten fand sich mit 1,7 % im Bereich der Geburtshilfe. Dabei wurden im Rahmen des Strukturierten Dialoges u. a. Kliniken mit übermäßig hohen Kaiserschnitt-Raten betrachtet. Das Risiko für einen Kaiserschnitt ist anerkanntermaßen abhängig von Faktoren wie der Lage des Kindes, der Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften oder auch ob eine Mutter zuvor schon einen Kaiserschnitt hatte. Dies bildet die sogenannte Robson-Klassifikation¹ ab, welche seit vielen Jahren bereits in Hessen im Strukturierten Dialog verwendet wird. Erstmals wurde dieses wichtige Instrument nun auch bundesweit als „ergänzende Kennzahl“ ausgewiesen.

Im Bereich der Hüft- und Knieendoprothetik gab es hessenweit keine besonders hohe Rate an qualitativen Auffälligkeiten. Allerdings musste bei einer über mehrere Jahre hinweg auffälligen Klinik eine Begehung durch Mitglieder des Fachausschusses mit Sichtung von präoperativen Röntgenbildern durchgeführt werden. Hierbei ergaben sich sowohl deutliche Dokumentationsfehler als auch teilweise massive Qualitätsdefizite in der Indikationsstellung von Hüft- und Knieprothesen. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, als zuständige Planungsbehörde,

ist eingeschaltet und führt mit der Klinik Gespräche über die künftige Leistungserbringung. Zur Thematik der präoperativen Verweildauer bei hüftgelenknaher Femurfraktur (Modul 17/1 und HEP) wurden drei Kollegiale Gespräche durchgeführt und Zielvereinbarungen mit den Vertretern der Kliniken geschlossen. Weiterhin kam es bei einer Klinik zu einer Entanonymisierung im Lenkungsausschuss. In dem folgenden Gespräch mit der Klinikleitung, in welches auch Vertreter des HMSI einbezogen wurden, konnte vereinbart werden, dass keine Femurfrakturen mehr in der Abteilung versorgt werden.

Bemerkenswert ist der Umstand, dass es einige Module gibt, bei denen eine relativ hohe Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten zur Auslösung des Strukturierten Dialoges führte, bei denen sich dann nur vereinzelt tatsächliche Qualitätsdefizite zeigten. Besonders deutlich wird dies im Bereich der implantierbaren Defibrillatoren (09/4). Hier wurden bei 51 Abweichungen vom Referenzwert in nur einem Fall (1,9 %) keine ausreichend erklärenden Gründe benannt, was zu einer Bewertung als qualitativ auffällig führte. Bei der Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren müssten Indikatoren mit solch geringer Spezifität (in Bezug auf das Identifizieren tatsächlicher Qualitätsdefizite) dringend überarbeitet und geschärft werden.

Datenvalidierung

In der Tabelle 4.2 sind die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit in den jeweiligen Modulen dargestellt. Diese können Hinweise zur Qualität der erhobenen Daten geben.

Oft lassen sich rechnerische Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog klären. In manchen Bereichen jedoch zeigten diese Abweichungen von Referenzwerten in einem hohen Anteil echte Dokumentationsprobleme an. So gab es z. B. Probleme bei der korrekten Kodierung von intraoperativen Komplikationen in der Gynäkologie, der korrekten Dokumentation von Dekubitalulcera oder auch der Erfassung der Bettlägerigkeit von Patient*innen mit ambulant erworbener Pneumonie. Fehlerhafte Dokumentationen von Daten der Qualitätssicherung können dazu führen, dass die daraus berechneten Qualitätsindikatoren entweder als falsch

¹ Robson, M.; Murphy, M.; Byrne, F. (2015): Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. International Journal of Gynecology & Obstetrics 131(S1): S23-S27. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.04.026.

auffällig oder falsch unauffällig berechnet werden. Ein besonderes Augenmerk ist auf Auffälligkeitskriterien zu legen, die Dokumentationsfehler anzeigen, welche bereits bei der primären QS-Dokumentation abgefangen werden könnten. Dies wird besonders deutlich am AK 851911 im Modul 15/1 (Gynäkologische Operationen): Wenn für die Abrechnung eines Falles eine Entfernung beider Eierstöcke kodiert worden ist, dann muss die Angabe im Qualitätssicherungsbogen, dass nach der Operation noch ein Eierstock vorhanden sei, zwingend falsch sein. Diese Fehleingabe müsste aus Sicht der Geschäftsstelle über eine Plausibilitätsregel bereits beim Abschluss des Bogens verhindert werden. Sollte an der Fortführung dieses Auffälligkeits-

kriteriums dennoch weiterhin festgehalten werden, müsste aus den eben genannten logischen Gründen der bisher perzentilenbasierte Referenzwert dringend überdacht werden!

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in Hessen auch im Verfahrensjahr 2021 eine ausgesprochen gute Qualität sowohl in der medizinischen Versorgung als auch in der Dokumentation zur Qualitätssicherung gemessen werden konnte. Gleichzeitig gelang es im Strukturierten Dialog, Leistungserbringer mit auffälliger Qualität sicher zu identifizieren, um geeignete qualitätssichernde Maßnahmen einleiten zu können.

Datenvalidierung - statistische Basisprüfung

Leistungsbereich	Modul - Kennzahl	Bezeichnung: Auffälligkeitskriterium (AK)	Referenzbereich	Dokumentationsqualität: Anzahl Standorte			
				Grundgesamtheit zur Kennzahl (mit Fallzahlbeschränkung gemäß Berechnungsregel)	rechnerisch auffällig	in %	Bewertung als auffällig nach Strukturiertem Dialog
Herzschrittmacher-Implantation	09/1 - 813070	Häufig führendes Symptom „sonstiges“	≤ 2,88 %	7	0	0,0	-
	09/1 - 813071	Häufig führende Indikation „sonstiges“	≤ 2,83 %	10	2	20,0	0
	09/1 - 851901	Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt	≤ 2,00 %	2	0	0,0	-
	09/1 - 850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	61	0	0,0	-
	09/1 - 813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	48	1	2,1	0
	09/1 - 850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	49	0	0,0	-
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	09/2 - 850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	45	0	0,0	0
	09/2 - 813073	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	14	0	0,0	-
	09/2 - 850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	16	1	6,3	1
Herzschrittmacher - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3 - 850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	≤ 11,01 %	0	0	-	1
	09/3 - 850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	38	2	5,3	-
	09/3 - 813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	8	1	12,5	1
	09/3 - 850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	10	0	0,0	-
Implantierbare Defibrillatoren	09/4 - 850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	≤ 3,37 %	2	1	50,0	-
	09/4 - 851903	Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt	≤ 2,00 %	0	0	-	-
	09/4 - 850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	39	0	0,0	1
	09/4 - 851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	26	0	0,0	-
	09/4 - 850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	28	0	0,0	-
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5 - 850221	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	34	0	0,0	-
	09/5 - 851802	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	11	0	0,0	-
	09/5 - 850195	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	14	0	0,0	-
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/6 - 851904	Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	≤ 29,41 %	11	2	18,2	1
	09/6 - 850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	26	0	0,0	0
	09/6 - 851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	8	0	0,0	-
	09/6 - 850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	8	0	0,0	-
Karotis-Revaskularisation	10/2 - 850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	≤ 4,48 %	6	4	66,7	1
	10/2 - 850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	38	1	2,6	0
	10/2 - 850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	28	0	0,0	-

Tab. 4.2 - Teil 1

Leistungsbereich	Modul - Kennzahl	Bezeichnung: Auffälligkeitskriterium (AK)	Referenzbereich	Dokumentationsqualität: Anzahl Standorte			
				Grundgesamtheit zur Kennzahl (mit Fallzahlbeschränkung gemäß Berechnungsregel)	rechnerisch auffällig	in %	Bewertung als auffällig nach Strukturiertem Dialog
Gynäkologische Operationen	15/1 - 850231	Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	≤ 6,51 %	20	0	0,0	-
	15/1 - 851911	Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-) Ovariectomie	≤ 9,52 %	41	5	12,2	5
	15/1 - 851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	= 0	4	4	100,0	3
	15/1 - 850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	56	0	0,0	-
	15/1 - 850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	53	0	0,0	-
Geburtshilfe	16/1 - 850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0	167	5	3,0	2
	16/1 - 850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	≤ 2,39 %	44	1	2,3	1
	16/1 - 850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	44	0	0,0	-
	16/1 - 850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	44	0	0,0	-
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17/1 - 850148	Kodierung der Diagnose M96,6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0	5	3	60,0	2
	17/1 - 850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	2	0	0,0	-
	17/1 - 850147	Angabe von ASA 5	= 0	78	0	0,0	-
	17/1 - 850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	68	2	2,9	0
	17/1 - 850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	61	1	1,6	1
Mammachirurgie	18/1 - 850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	≤ 1,61 %	2	0	0,0	-
	18/1 - 850364	Häufige Angabe „RC-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	≤ 0,84 %	1	1	100,0	0
	18/1 - 813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	≤ 4	39	2	5,1	2
	18/1 - 852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	≤ 25,08 %	13	1	7,7	1
	18/1 - 850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	≤ 0,91 %	0	0	-	-
	18/1 - 850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	40	0	0,0	-
	18/1 - 850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	34	0	0,0	-
Dekubitusprophylaxe	DEK - 850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	≤ 3,47 %	19	5	26,3	5
	DEK - 850361	Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	≤ 1,90 %	3	2	66,7	1
	DEK - 851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	≤ 20 %	113	0	0,0	-
	DEK - 850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	108	0	0,0	-
	DEK - 850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	93	1	1,8	1
	DEK - 851806	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation der Risikostatistik	≥ 95,00 %	126	8	6,3	8
	DEK - 851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	≤ 110,00 %	127	2	1,6	2
Hüftendoprothesenversorgung	HEP - 850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	17	2	11,8	2
	HEP - 850151	Kodierung der Diagnose M96,6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	≤ 50,00 %	10	0	0,0	-
	HEP - 851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	< 3	28	4	14,3	4
	HEP - 851905	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,00 %	29	1	3,4	1
	HEP - 851907	Underdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0	2	2	100,0	1
	HEP - 851906	Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisation	≤ 3,00 %	74	0	0,0	-
	HEP - 850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	75	0	0,0	-
	HEP - 850376	Underdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	74	1	1,4	1
	HEP - 850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	75	0	0,0	-
	HEP-JMP - 850274	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95,00 %	75	0	0,0	-
	HEP-WE - 850276	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Wechsel)	≥ 95,00 %	57	5	8,8	0
	HEP-JMP - 850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110,00 %	75	0	0,0	-
	HEP-WE - 850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110,00 %	22	1	4,5	1

Tab. 4.2 - Teil 2

Leistungsbereich	Modul - Kennzahl	Bezeichnung: Auffälligkeitskriterium (AK)	Referenzbereich	Dokumentationsqualität: Anzahl Standorte			
				Grundgesamtheit zur Kennzahl (mit Fallzahlbeschränkung gemäß Berechnungsregel)	rechnerisch auffällig	in %	Bewertung als auffällig nach Strukturiertem Dialog
Knieendoprothesenversorgung	KEP - 850307	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	1	1	100,0	1
	KEP - 850336	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	< 2	14	1	7,1	0
	KEP - 850305	Angabe von ASA 5	= 0	78	0	0,0	-
	KEP - 850306	Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Erstimplantationen	≤ 3,44 %	10	1	10,0	1
	KEP - 851909	Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung	≤ 3,00 %	62	3	4,8	3
	KEP - 851910	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0	0	0	-	-
	KEP - 851908	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	< 100,00 %	32	3	9,4	2
	KEP - 850370	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	71	0	0,0	-
	KEP - 850375	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	69	2	2,9	2
	KEP - 850349	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	69	0	0,0	-
	KEP-IMP - 850344	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95,00 %	69	0	0,0	-
	KEP-WE - 850346	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	≥ 95,00 %	43	3	7,0	1
	KEP-IMP - 850345	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110,00 %	69	0	0,0	-
	KEP-WE - 850347	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110,00 %	15	0	0,0	-
	Neonatalogie	NEO - 850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	≤ 3,66 %	16	1	6,3
NEO - 850206		Aufnahmetemperatur nicht angegeben	≤ 3,17 %	16	0	0,0	-
NEO - 851800		Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab	≤ 0,57 %	0	0	-	-
NEO - 851812		Hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis	≤ 1,42 %	0	0	-	-
NEO - 851813		Letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	= 0	11	3	27,3	0
NEO - 851814		Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht	≤ 10,20 %	8	2	25,0	0
NEO - 852001		Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung	≤ 25,00 %	1	1	100,0	1
NEO - 851902		Häufig fehlende Angabe der BPD	≤ 80,00 %	3	0	0,0	-
NEO - 850208		Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	19	0	0,0	-
NEO - 850200		Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	15	0	0,0	-
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU - 811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	≤ 16,18 %	79	5	6,3	4
	PNEU - 811825	Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	≤ 31,14 %	80	2	2,5	0
	PNEU - 811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	≤ 20,17 %	80	2	2,5	0
	PNEU - 851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	≤ 50,00 %	58	1	1,7	0
	PNEU - 850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	79	2	2,5	1
PNEU - 850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	74	0	0,0	-	

Tab. 4.2 - Teil 3



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 16.09.2021 (mit Inkrafttreten am 01.12.2021) unter anderem mit Änderungen zum klärenden Dialog (s.u.). Zudem ist am 02.12.2021 der Beschluss über die Verlängerung der Covid-19-Ausnahmen in Kraft getreten.

Klärender Dialog

Der klärende Dialog gemäß § 8 Abs. 6 QFR-RL wurde mit Inkrafttreten des oben genannten Beschlusses vom 16.09.2021 bis zum 31.12.2022 verlängert.

Gemäß Beschluss des G-BA vom 17.12.2020 ist seit 2021 die verantwortliche Stelle für die Durchführung des klärenden Dialoges nicht mehr der Lenkungsausschuss der GQH, sondern das Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) gemäß § 5 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). Die organisatorische und inhaltliche Unterstützung bei der Durchführung des klärenden Dialogs übernimmt die auf Landesebene beauftragte LAGQH. Trotzdem der Beschluss noch nicht in Kraft getreten ist (Stand: 15.03.2022), kommt er in Hessen bereits zur Anwendung.

Nach wie vor müssen Perinatalzentren, welche die Anforderung an die pflegerische Versorgung voraussichtlich nicht erfüllen können, dem G-BA dies mitteilen und sind somit verpflichtet, an einem klärenden Dialog teilzunehmen. Über die Jahre konnten sich die Kliniken bereits gut auf die Anforderungen einstellen und nach und nach Maßnahmen implementieren, um die Strukturen und Prozesse so anzupassen, dass die Vorgaben aus der QFR-RL hinsichtlich der pflegerischen Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen erfüllt werden können. Dennoch sind in Hessen nach wie vor Kliniken im klärenden Dialog.

Die Tabelle 5.1 gibt einen Überblick über den Verlauf des Klärenden Dialoges der elf hessischen Perinatalzentren Level I im Hinblick auf die Erfüllungsquoten für die Jahre 2017 bis 2021 sowie die (mittlerweile nicht mehr erforderliche) Erfüllung der Anforderungen an das Schichtkriterium für die Jahre 2017 bis 2019. Diese elf Perinatalzentren Level I sind als Klinik A bis K pseudonymisiert.

Für das Jahr 2020 konnten sechs Perinatalzentren Level I aus dem klärenden Dialog entlassen werden und für das Jahr 2021 eine weitere Klinik (klärender Dialog: Beendet). Fünf Perinatalzentren Level I sind, Stand 31.12.2021, im klärenden Dialog verblieben (klärender Dialog: Teilnahme). Für diese wurden erneut individuelle Zielvereinbarungen geschlossen, welche das Erreichen der Anforderungen nach QFR-RL unterstützen sollen. Für die Berechnung der Erfüllungsquote werden seit 2020 auch sogenannte Ausnahmetatbestände berücksichtigt. Gemäß § 12 der QFR-RL können die Krankenhäuser von den Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen abweichen.

Um einen Ausnahmetatbestand handelt es sich zum einen bei krankheitsbedingten Personalausfällen von mehr als 15 % des in der jeweiligen Schicht mindestens vorzuhaltenden Personals, zum anderen bei einem unvorhersehbaren Zugang von mehr als zwei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 g innerhalb einer Schicht (§ 12 Absatz 1 QFR-RL).

Hinzu kommt, dass die Kliniken bis zum 31.03.2022 von den Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ebenfalls abweichen dürfen, wenn es als Folge von Pandemien, Epidemien oder vergleichbaren Ereignissen zu kurzfristigen krankheits- oder quarantänebedingten Personalausfällen oder starken Erhöhungen der Patient*innenzahlen kommt. Beides muss über das übliche Maß hinausgehen und einen flexiblen Personaleinsatz erfordern.

Diese Ausnahmeregelungen, die seit 2020 bis dato gelten, unterstützen die Perinatalzentren im Erreichen der Erfüllung der Anforderungen der QFR-RL dahingehend, als dass sie keinen Eingang in die Berechnung der Erfüllungsquote finden.

Klärender Dialog 2017 bis 2021

Klinik	2017		2018		2019		2020	2021	Klärender Dialog
	Erfüllungsquote	Schichtkriterium erfüllt	Erfüllungsquote	Schichtkriterium erfüllt	Erfüllungsquote	Schichtkriterium erfüllt	Erfüllungsquote	Erfüllungsquote	
A	88,8 %	NEIN	97,3 %	NEIN	96,6 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Beendet*
B	79,6 %	NEIN	92,5 %	NEIN	87,3 %	NEIN	97,9 %	97,2 %	Teilnahme
C	64,4 %	NEIN	93,7 %	NEIN	64,0 %	NEIN	93,3 %	100,0 %	Teilnahme
D	Unterlagen nicht auswertbar	NEIN	95,0 %	NEIN	98,7 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Beendet
E	91,9 %	NEIN	94,6 %	NEIN	98,7 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Beendet
F	72,3 %	NEIN	81,0 %	NEIN	83,3 %	NEIN	92,2 %	93,3 %	Teilnahme
G	97,1 %	NEIN	95,1 %	NEIN	99,3 %	NEIN	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Beendet
H	69,1 %	NEIN	96,6 %	NEIN	100,0 %	JA	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Beendet
I	71,3 %	NEIN	49,6 %	NEIN	96,0 %	NEIN	91,7 %	99,3 %	Teilnahme
J	99,4 %	NEIN	98,5 %	NEIN	100,0 %	JA	keine Aussage möglich	keine Aussage möglich	Beendet
K	keine Aussage möglich	NEIN	90,0 %	NEIN	85,0 %	NEIN	99,5 %	92,1 %	Teilnahme

* Diese Kliniken wurden 2021 aus dem klärenden Dialog entlassen, basierend auf den Daten des Jahres 2020.

Tab. 5.1

Die Berechnung der Erfüllungsquote wurde zudem um die Mindestanforderungen an die 1:1- und 1:2-Personalpflegeschlüssel durch folgende Übergangsregelung angepasst: für die Jahre 2020, 2021 und 2022 wird eine Erfüllungsquote von 90 % gefordert, für das Jahr 2023 eine Erfüllungsquote von 95 % und ab 2024 eine Erfüllungsquote von 100 %.

Nach abschließender Berechnung der Erfüllungsquote (unter Berücksichtigung der Ausnahmetatbestände gemäß § 12 der QFR-RL) für 2021, weisen bereits alle fünf Kliniken die sich in 2021 noch im klärenden Dialog befinden, einen Wert von über 90 % auf.

Pflegeberufegesetz

Das neue, zum 01.01.2020 in Kraft getretene, Pflegeberufegesetz hat auch Auswirkungen auf die QFR-RL und die damit einhergehende neonatologische Versorgung auf den Intensivstationen. Die hierzu im Dezember 2020 beschlossene Änderung der QFR-RL ist aufgrund umfangreicher Nachfragen (Sachverhaltsaufklärung) des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) an den G-BA bislang noch immer nicht in Kraft getreten (Stand 15.03.2022). Daher besteht weiterhin erhebliche Unsicherheit, inwieweit und zu welchem Zeitpunkt die somit geänderten Personalvorgaben zu berücksichtigen sind.

Die bislang nicht in Kraft getretenen Änderungen der QFR-RL sehen vor, dass zukünftig neben Gesundheits- und Krankenpfleger*innen mit der entsprechenden Fachweiterbildung oder Berufserfahrung auch Pflegefachmänner und -frauen auf der neonatologischen Intensivstation eingesetzt werden können. Gefordert wird hierfür der Vertiefungsansatz „pädiatrische Versorgung“, ein Ausbildungsnachweis über mindestens 1.260 dokumentierte Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung und ein Nachweis der relevanten Kompetenzen anhand Anlage 3 der QFR-RL. Alternativ müssen sie die Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß DKG-Empfehlungen oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung vorweisen.

In Bezug auf die 40%-Fachweiterbildungsquote werden zukünftig ausschließlich Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen (GKiKP) mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ eingesetzt, jedoch keine Gesundheits- und Krankenpfleger*innen mit langjähriger Erfahrung oder Pflegefachmänner/-frauen. Zudem muss in jeder Schicht zukünftig mindestens eine GKiKP mit der Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ eingesetzt sein.

Sollte es zu den Änderungen der QFR-RL gemäß Beschluss vom 17.12.2020 kommen, ist zu befürchten, dass es nicht genügend Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen mit entsprechender Fachweiterbildung gibt, um die oben genannten Anforderungen der geänderten, noch nicht in Kraft getretenen QFR-RL zu erfüllen. Denn hinzukommt, dass die Zahl der anerkannten langjährig erfahrenen Pflegekräfte durch die Fluktuation kontinuierlich abnimmt.

Außerordentliche Abfrage an die hessischen Perinatalzentren und Schreiben an den G-BA

Bezüglich des neuen Pflegeberufegesetzes und der damit einhergehenden Änderungen der QFR-RL mit Beschluss vom 17.12.2020 (bisher noch nicht in Kraft) hat die Geschäftsstelle in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe zwei außerordentliche Abfragen zu Personal, Ausbildung und Fachweiterbildung an die hessischen Perinatalzentren versendet. Diese Abfragen wurden aufgrund der Bedenken der Perinatalzentren in Hessen bezüglich der Nichterfüllung der Vorgaben ohne eine Übergangsfrist durchgeführt und die Ergebnisse der ersten Abfrage dem G-BA im jährlichen Bericht zum Klärenden Dialog gemäß § 8 Abs. 11 QFR-RL und in einem Schreiben (Abb. 5.1) mitgeteilt.

Die hessischen Perinatalzentren Level I wurden in der ersten Abfrage gebeten, der Geschäftsstelle zurückzumelden, wie viele Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen mit und ohne Fachweiterbildung in ihrem Haus für die Neonatologie für die Jahre 2019 bis 2021 (teilweise prospektiv) verfügbar sind und ob sie im Rahmen der Pflegeausbildung den Vertiefungsansatz für die pädiatrische Versorgung anbieten.

Bei der Weiterbildungsquote für 2020 einschließlich der „langjährig Erfahrenen“ gaben die Kliniken Quoten von 38 bis 73 % an. Der Großteil der Perinatalzentren gab eine Quote von ca. 50 % an.

Bei den Angaben für das Jahr 2021 lagen die Quoten in einem Bereich von 33 bis 66 %. Nur eine Klinik erfüllte demnach die 40%-Fachweiterbildungsquote nicht. Falls jedoch die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen ohne Fachweiterbildung aber mit langjähriger Berufstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation nicht mehr berücksichtigt werden, erreichen die Kliniken nach eigenen Angaben nur noch eine Quote von 20 bis 42 %.

In einer ergänzenden Abfrage wurde das Ausbildungs- und Fachweiterbildungsangebot in den hessischen Perinatalzentren abgefragt. Alle elf Kliniken bilden Pflegefachmänner/-frauen aus, somit stehen insgesamt ca. 750 Ausbildungsplätze pro Jahr zur Verfügung. Davon werden für die Vertiefung in der „pädiatrischen Versorgung“ ca. 250 Plätze angeboten. Die Spezialisierung

in der pädiatrischen Versorgung zu GKiKP bieten fünf der elf Perinatalzentren in Hessen an. Somit stehen für diese Spezialisierung ca. 140 Plätze pro Jahr zur Verfügung.

Grundsätzlich wird die Weiterbildung im pflegerischen Fachgebiet „pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ an drei Perinatalzentren in Hessen angeboten. Hierzu gehören die Uniklinik Frankfurt, das Klinikum Kassel und die Uniklinik Marburg. Die Weiterbildungsangebote starten meistens jährlich, außer in Marburg, dort startet die Weiterbildung alle zwei Jahre.

Beschluss des G-BA zu den Mindestmengen für Frühgeborene < 1.250 g

Der Beschluss über die Änderung der Mindestmengen ist seit dem 01.01.2021 in Kraft. Dieser besagt, dass ein Standort eine jährliche Mindestmenge von 25 Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1.250g erfüllen muss. Maßgeblich sind hierbei, für die Berechnung der Leistungsmenge, das Aufnahmegewicht, der Aufnahmetag und der Geburtstag.

Übergangsregelung

Für die Jahre 2021 und 2022 gilt übergangsweise eine Mindestmenge von 14 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses und im Jahr 2023 dann eine Mindestmenge von 20 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

Schreiben der hessischen Fachgruppe QFR-RL an den G-BA vom 28.06.2021

Anerkennung langjährig erfahrener Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte weiterhin erforderlich

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GOH) hat in einer Umfrage an hessischen Perinatalzentren zur Fachweiterbildungsquote folgendes festgestellt:

- 11 Level 1-Perinatalzentren haben aktuelle Personal-Daten aus dem Jahr 2021 zur Verfügung gestellt.
- Die Fachweiterbildungsquote einschließlich der „als langjährig erfahren bis 01.01.2017 anerkannten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte“ liegt zwischen 33% und 66%.
- Lediglich ein Perinatalzentrum erfüllt aktuell die 40%-Fachweiterbildungsquote nicht.
- Der Anteil der „langjährig Erfahrenen“ an der Vollkräftezahl der für die Fachweiterbildungsquote anzuerkennenden Mitarbeiter/-innen liegt zwischen 16% und 58%.
- Würden die „langjährig Erfahrenen“ nicht anerkannt, würden die Fachweiterbildungsquoten zwischen 20 % und 42 % liegen.
- Nur noch 3 der 11 Perinatalzentren würden dann gerade noch die Fachweiterbildungsquote erfüllen.

Da es sich bei den „langjährig Erfahrenen“ definitionsgemäß um ältere Mitarbeiter/-innen handelt, ist für diese Personalgruppe in den kommenden Jahren mit einer erheblichen altersbedingten Fluktuation zu rechnen, so dass das o.g. Szenario in absehbarer Zeit auf die Perinatalzentren zukommen wird.

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen zudem, dass nicht ausreichend viele Mitarbeiter/-innen bereit sind, eine Fachweiterbildung über zwei Jahre zu absolvieren. Da Teilnahmen an Fachweiterbildungen nur auf freiwilliger Basis möglich sind, ist die geforderte Fachweiterbildungsquote absehbar allein mit diesen Mitarbeitern/-innen nicht zu erreichen - und dies erst recht nicht, wenn den Perinatalzentren der erforderliche Personalaufwuchs durch verstärkte Ausbildungsaktivitäten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gelingen sollte.

Um diesen absehbar nicht zu verhindernden Engpass zu vermeiden, wird vorgeschlagen, langjährig erfahrene Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen auch nach dem 01.01.2017 - zumindest anteilig - auf die Fachweiterbildungsquote anzurechnen.

Konkret wird folgender Vorschlag unterbreitet:

Anlage 2, Ziffer I.2.2/II.2.2, Absatz 2 (Textfassung vom 17.12.2020) wird um einen Buchstaben c) ergänzt:

„c) Auf die Quote des fachweitergebildeten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegepersonals können zudem dauerhaft Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen zu 75 Prozent angerechnet werden, die nach dem 01.01.2017 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 in den letzten sechs Jahren auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung.“

Weiterhin bestehen bleiben soll die Regelung der hälftigen Anrechnung von Mitarbeiter/-innen die sich in der Fachweiterbildung befinden.

6. Externe stationäre QS in der Corona-Pandemie

Mit den Daten des Erfassungsjahres 2020 konnten erstmalig die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Fall- und Kennzahlen auf Basis der externen Qualitätssicherung im Vergleich zum Pandemie-freien Vorjahr betrachtet werden. Gleichzeitig ist dies aber auch das letzte Jahr, in welchem die von den Kliniken gelieferten Rohdaten uneingeschränkt für eigene Auswertungen der Geschäftsstellen auf Landesebene genutzt werden können. Welche Möglichkeiten hierfür in Zukunft unter den Bedingungen der DeQS-RL noch bestehen, ist bisher nicht praktisch erprobt.

Im Verfahrensjahr 2021 lag naturgemäß ein besonderes Augenmerk auf dem Leistungsbereich ambulant erworbene Pneumonie. Hier werden alle Fälle mit der Hauptdiagnose einer Pneumonie und Fälle mit der Hauptdiagnose einer Sepsis mit Pneumonie als Nebendiagnose erfasst. Seit dem Jahr 2020 lassen sich COVID-19-Erkrankungen mit dem Zusatzkode U07.1! (COVID-19, Virus nachgewiesen) und U07.2! (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen) verschlüsseln. Somit gelingt eine Differenzierung zwischen COVID- und Nicht-COVID-Pneumonien auch in der externen Qualitätssicherung. Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass schwere COVID-19-Fälle, die mit einer anderen als den genannten Hauptdiagnosen, wie beispielsweise mit akutem Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS), zur stationären Aufnahme kommen, im Leistungsbereich ambulant erworbene Pneumonie nicht erfasst werden.

Auf Empfehlung der Bundesfachgruppe beim IQTIG wurden die Qualitätsindikatoren „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“ und „Sterblichkeit im Krankenhaus“ ohne COVID-Fälle berechnet, alle anderen Indikatoren ohne Ausschluss dieser Fälle. Der für diese Änderungen der endgültigen Rechenregeln notwendige Beschluss des G-BA wurde allerdings erst nach Abschluss des Strukturierten Dialoges am 19.11.2021 gefasst¹, sodass letztlich der gesamte Strukturierte Dialog in diesem Leistungsbereich unter Vorbehalt durchgeführt werden musste.

Die Abbildung 6.1 zeigt den Verlauf der Pneumonie-Fälle in den Jahren 2019 und 2020. In beiden Jahren ist die übliche saisonale Schwankung mit Peak im ersten Quartal sichtbar. In 2020 sind dann die ersten drei Quartale gekennzeichnet durch eine niedrigere Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr. Ursache hierfür könnten die allgemeinen Hygieneregeln sein, die zu dieser Zeit bereits breit angewandt wurden. Ein steiler Anstieg ist dann im vierten Quartal 2020 zu sehen; hier bildet sich die zweite Corona-Welle ab, wie an der in Abbildung 6.2 dargestellten prozentualen Verteilung deutlich wird. Insgesamt kam es im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr um eine Erhöhung der Pneumonie-Fälle um 7,8 %. Im vierten Quartal waren dies zu zwei Dritteln COVID-Pneumonien.

Während das Statistische Bundesamt einen Rückgang der Gesamtzahl stationärer Behandlungsfälle im Jahr

Ambulant erworbene Pneumonie

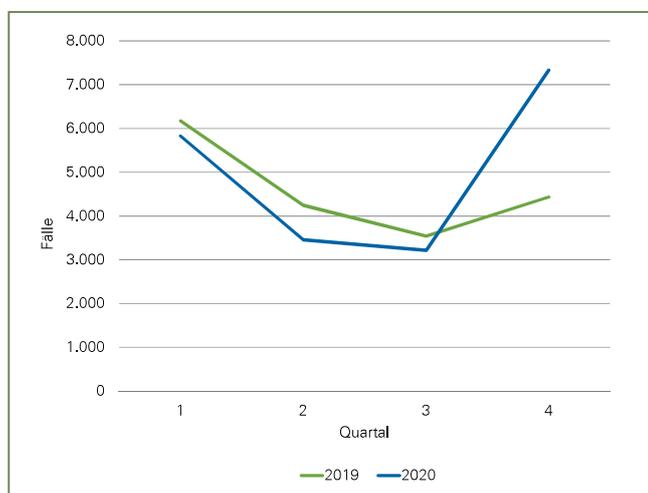


Abb. 6.1 Verlauf Erfassungsjahre 2019 und 2020

Ambulant erworbene Pneumonie (proz. Verteilung)

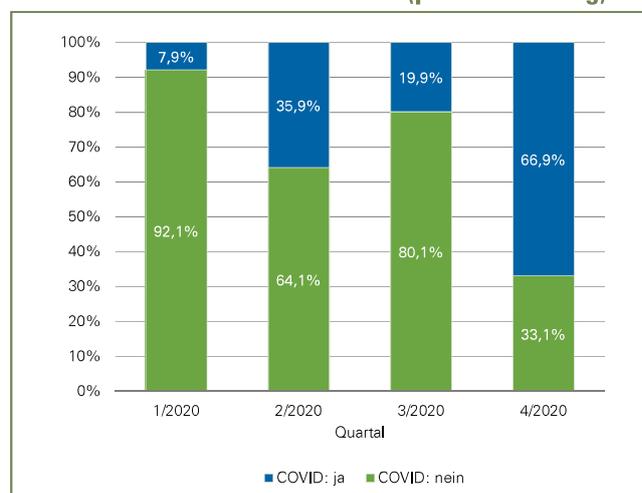


Abb. 6.2 Erfassungsjahr 2020

¹ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2020 zum Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie gemäß § 8 Absatz 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)

2020 um 13,1 % im Vergleich zum Vorjahr berichtet¹, ist dieser Effekt in verschiedenen QS-Leistungsbereichen in Hessen unterschiedlich stark ausgeprägt: Mit -2,8 % zeigt sich in der Geburtshilfe erwartungsgemäß ein sehr geringer Fallzahlrückgang (Abb. 6.3). Auch die saisonale Rhythmik ist nahezu unverändert zum Vorjahr. Auffällig ist aber die Reduktion der Frühgeburtsfälle in der Gruppe 28+0 bis 31+6 SSW um fast 13 % (Abb. 6.4). Hierbei muss es sich jedoch nicht zwingend um einen Pandemie-Effekt handeln; möglicherweise zeigt sich hier die Fortsetzung eines schon länger bestehenden Trends². Einflüsse von nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektionen auf mütterliches und kindliches Outcome sollen im Rahmen einer durch die GQH bzw. LAGQH betreuten und vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Techniker Krankenkasse unterstützten hessischen „Registerstudie für Schwangere mit SARS-CoV-2-Infektion im Rahmen der Pandemie“ geklärt werden.

Besorgniserregend ist ein Rückgang der Fälle um 9,1 % im Leistungsbereich Mammachirurgie (siehe Abb. 6.5) mit einem deutlichen Einbruch während des ersten Lockdowns. In dieser Phase der Pandemie wurden Krebs-Vorsorge-Untersuchungen nicht wahrgenommen oder verschoben, was sich dann in einer niedrigeren Anzahl an stationär durchgeführten Operationen niederschlägt. In diesem Leistungsbereich handelt es sich in etwa 85 % um Operationen bei Brustkrebs. Diers et al. gehen in einer Analyse von Abrechnungsdaten der BARMER Krankenkasse von einer Reduktion um 17,9 % bei Brustkrebs-Operationen während des Lockdowns von April bis Juni 2020 aus³. Zwar ist eine Brustkrebs-Operation keine Notfall-Behandlung; da es sich jedoch, wie andere Krebserkrankungen auch, um ein dynamisches Krankheitsbild handelt, sinken mit zunehmender Wartezeit grundsätzlich die Chancen auf eine kurative Behandlung.

Ein hoch akutes Krankheitsbild, welches einer unmittelbaren Notfallbehandlung bedarf, ist der Schlaganfall. Hier liegen der GQH Daten aus dem Landesverfahren Schlaganfall Akutbehandlung vor. Auch dort kam es zu einem Rückgang der stationären Behandlungsfälle (siehe Abb. 6.6). Über das gesamte Jahr kam es bei den Hirninfarkten zu einer Differenz von -3,8 % im Vergleich zum Jahr 2019. Bei Betrachtung

Geburtshilfe

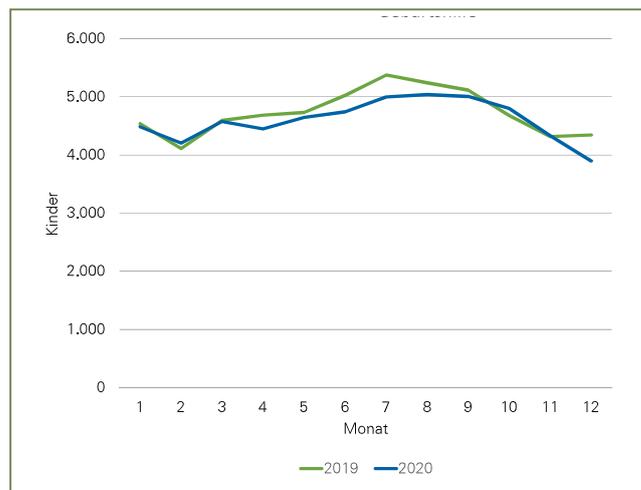


Abb. 6.3 Verlauf Erfassungsjahre 2019 und 2020

Geburtshilfe (SSW-Gruppen)

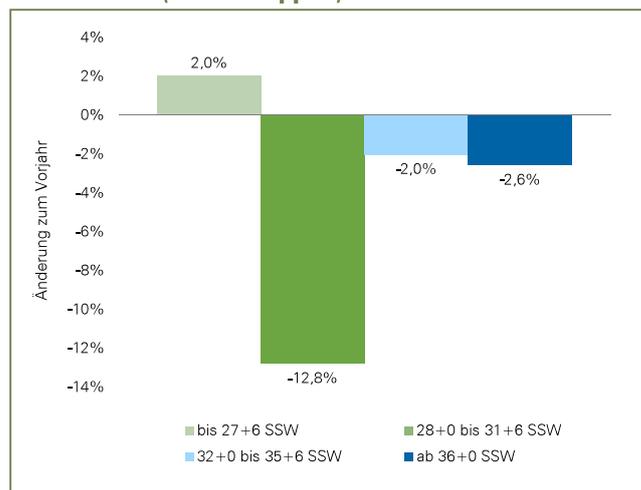


Abb. 6.4 Erfassungsjahre 2019 vs. 2020

Mammachirurgie



Abb. 6.5 Verlauf Erfassungsjahre 2019 und 2020

¹ Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr. 563 vom 9. Dezember 2021

² Mündliche Mitteilung des IQTiG

³ Diers J, Acar L, Baum P, Flemming S, Kastner C, Germer CT, L'hoest H, Marschall U, Lock JF, Wiegering A: Fewer operations for cancer in Germany during the first wave of COVID-19 in 2020—a cohort study and time-series analysis.

der Fälle, welche als TIA (transitorische ischämische Attacke) klassifiziert wurden (Abb. 6.7), zeigt sich ein ähnliches Muster wie bei der Mammachirurgie mit etwa einem Drittel weniger Fälle im April 2020 während des ersten Lockdowns. Über das Jahr kam es hier zu einer Differenz von -9,9 %. Da es sich sowohl beim Schlaganfall als auch bei der TIA um in der Akutphase hochdramatische Krankheitsbilder mit für den Laien beängstigenden Symptomen handelt, ist ein solch starker Rückgang der Behandlungszahlen während der Pandemie bemerkenswert. Glücklicherweise haben sich die Qualitätsindikatoren und damit die Versorgungsqualität in den Kliniken im Pandemiezeitraum nicht verschlechtert (siehe hierzu Kap. 2.2.1).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich eine Reihe von Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Aspekte der Gesundheitsversorgung an den Daten der externen Qualitätssicherung ablesen lassen. Wie weit künftig den Landesarbeitsgemeinschaften nach DeQS-RL Zugriff auf diesen Datenpool noch möglich sein wird, kann derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden. Hierzu gilt es die Ausgestaltung der Möglichkeiten einer mandantenfähigen Datenbank (gemäß § 6 Absatz 2 DeQS-RL) abzuwarten. Bis dahin werden die Ergebnisse der Sonderanalyse des IQTIG zu den Einflüssen der Pandemie auf die Daten des Leistungsbereichs Ambulant erworbene Pneumonie¹ mit Spannung erwartet.

Schlaganfall-Akut - Hirninfarkt

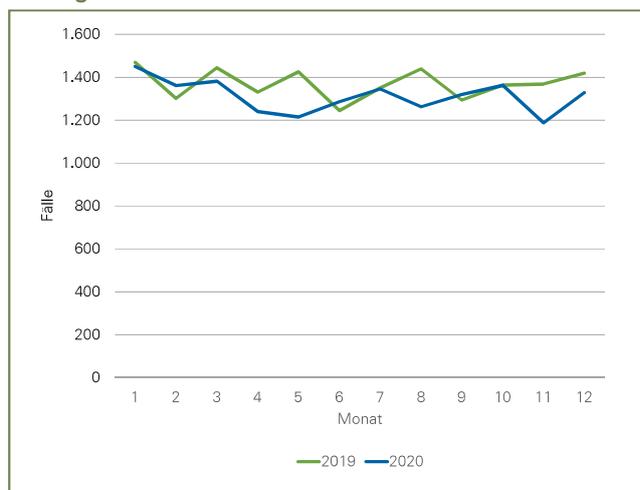


Abb. 6.6 Verlauf Erfassungsjahre 2019 und 2020

Schlaganfall-Akut - TIA

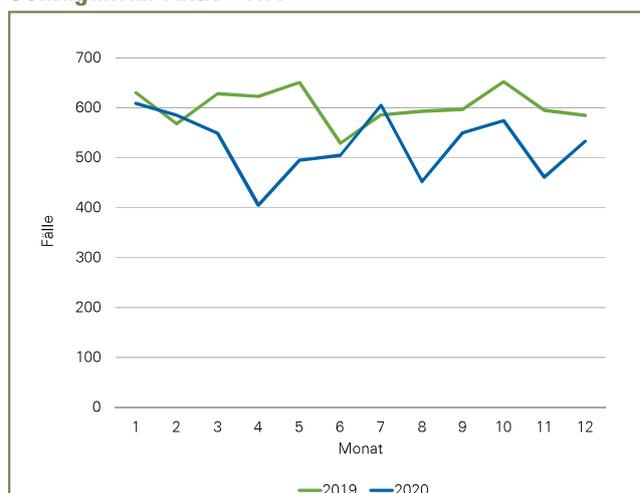


Abb. 6.7 Verlauf Erfassungsjahre 2019 und 2020

7. Veranstaltungen

Informationsveranstaltung „Externe Qualitätssicherung 2021“

Datum: 28.01.2021

Uhrzeit: 10:00 bis 13:00 Uhr

Ort: Videokonferenz

Programm

- 1 Begrüßung und Aktuelles aus dem G-BA, dem IQTIG und der Geschäftsstelle
- 2 Ergebnisse und Perspektiven zu den bundesweiten Verfahren
 - nach QSKH-RL
 - nach DeQS-RL

Pause

- 3 Ergebnisse und Perspektiven zu den Landesverfahren
- 4 Datenmanagement EJ 2020/2021

8. Publikationen

Publikationsliste 2016 – 2021

(in PubMed gelistete Beiträge) - Stand Dezember 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.

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%.

Schlussfolgerung: 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.

Thieme. All rights reserved.

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.

Abstract

Background: Quality assurance for acute in-hospital care in Germany is based on compulsory comparisons between institutions, so-called external quality assurance (eQA). The efficacy of eQA has not yet been adequately studied. The purpose of the QUASCH project, which is supported by the Innovation Fund of the Federal Joint Committee, is to investigate the association between eQA and health care outcomes, specifically with respect to stroke.

Methods: The analyses were based on data from 379 825 patients insured by the AOK health insurance fund who were acutely admitted to a hospital because of stroke over the period 2007-2017. Data on 47 659 patients were derived from eQA documentation in the state of Hesse, in which stroke eQA had already been introduced in 2003; data on the remaining 332 166 patients were from other federal states, where 117 734 of these patients had been treated under eQA conditions. The association of eQA with mortality over the period of observation was analyzed by multivariate Cox regression, with the following covariates: age, sex, comorbidities, time period of occurrence, nursing care level, type of stroke, socio-economic deprivation in the region of origin, and treatment in a stroke unit.

Results: In the state of Hesse, mortality risk was significantly lower with eQA than without (hazard ratio [HR]: 0.93; 95% confidence interval: [0.92; 0.95]). The reduction in mortality risk with eQA was somewhat lower in the other federal states (HR: 0.96 [0.95; 0.97]). Treatment in a stroke unit was associated with a mortality risk that was lower still (HR: 0.86 [0.85; 0.87]). Mortality risk rose with age, comorbidities, and need for nursing care; it was lower in women and in persons whose stroke occurred in a later period.

Conclusion: Quality assurance measures are associated with lower mortality risk after stroke. The concentration of care in specially qualified institutions is associated with stronger effects than eQA alone.

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.

Abstract

Background: Stroke patients with large vessel occlusion (LVO) require endovascular therapy (EVT) provided by comprehensive stroke centers (CSC). One strategy to achieve fast stroke symptom ‚onset to treatment‘ times (OTT) is the preclinical selection of patients with severe stroke for direct transport to CSC. Another is the optimization of interhospital transfer workflow. Our aim was to investigate the dynamics of the OTT of ‚drip-and-ship‘ patients as well as the current ‚door-in-door-out‘ time (DIDO) and its determinants at representative regional German stroke units.

Methods: We determined the numbers of all EVT treatments, ‚drip-and-ship‘ and ‚direct-to-center‘ patients and their median OTT from the mandatory quality assurance registry of the federal state of Hesse, Germany (2012-2019). Additionally, we captured process time stamps from primary stroke centers (PSC) in a consecutive registry of patients referred for EVT in our regional stroke network over a 3 months period.

Results: Along with an increase of the EVT rate, the proportion of drip-and-ship patients grew steadily from 19.4% in 2012 to 31.3% in 2019. The time discrepancy for the median OTT between ‚drip-and-ship‘ and ‚direct-to-center‘ patients continuously declined from 173 to 74 min. The largest share of the DIDO (median 92, IQR 69-110) is spent with the organization of EVT and consecutive patient transfer.

Conclusions: ‚Drip-and-ship‘ patients are an important and growing proportion of stroke patients undergoing EVT. The discrepancy in OTT for EVT between ‚drip-and-ship‘ and ‚direct-to-center‘ patients has been reduced considerably. Further optimization of the DIDO primarily aiming at the processes after the detection of LVO is urgently needed to improve stroke patient care.

Keywords: DIDO; Drip-and-ship; Interhospital transfer; Mothership; Stroke; Thrombectomy.

© 2021. The Author(s).

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

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

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

Free PMC article.

Abstract

Context: Despite overwhelming evidence for endovascular therapy in anterior circulation ischemic stroke due to large-vessel occlusion, data regarding the treatment of acute basilar artery occlusion (BAO) are still equivocal. The BASICS trial failed to show an advantage of endovascular therapy (EVT) over best medical treatment (BMT). In contrast, data from the recently published BASILAR registry showed a better outcome in patients receiving EVT. Objective: The aim of the study was to investigate the safety and efficacy of EVT plus BMT vs. BMT alone in acute BAO. Methods: We analyzed the clinical course and short-term outcomes of patients with radiologically confirmed BAO dichotomized by BMT plus EVT or BMT only as documented in a state-wide prospective registry of consecutive patients hospitalized due to acute stroke. The primary endpoint was a favorable functional outcome (mRS 0-3) at hospital discharge assessed as common odds ratio using binary logistic regression. Secondary subgroup analyses and propensity score matching were added. Safety outcomes included mortality, the rate of intracerebral hemorrhages, and complications during hospitalization. Results: We included 403 patients with acute BAO (2017-2019). A total of 270 patients (67%) were treated with BMT plus EVT and 133 patients (33%) were treated with BMT only. A favorable outcome (mRS 0-3) was observed in 33.8% of the BMT and 26.7% of the BMT plus EVT group [OR.770, CI (0.50-1.2)]. Subgroup analyses for patients with a NIHSS score > 10 at admission to the hospital revealed a benefit from EVT [OR 3.05, CI (1.03-9.01)]. Conclusions: In this prospective, quasi population-based registry of patients hospitalized with acute BAO, BMT plus EVT was not superior to BMT alone. Nevertheless, our results suggest that severely affected BAO patients are more likely to benefit from EVT.

Keywords: basilar artery occlusion (BAO); best medical treatment; endovascular treatment; posterior circulation; thrombectomy; thrombolysis.

Copyright © 2021 Gruber, Misselwitz, Steinmetz, Pfeilschifter and Bohmann.

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.

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, Hálfðánsdóttir B, Daly D, Corcoran P, Calleja-Agius J, Calleja N, Gatt M, Vika Nilsen 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.epilepsyres.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

[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

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

2016

[Crew resource management and simulator training in acute stroke therapy].

Tahtali D, Bohmann F, Rostek P, Misselwitz B, Reihls A, Heringer F, Jahnke K, Steinmetz H, Pfeilschifter W. *Nervenarzt*. 2016 Jul 18.

Estimating the Quantitative Demand of NOAC Antidote Doses on Stroke Units.

Pfeilschifter W, Farahmand D, Niemann D, Ikenberg B, Hohmann C, Abruscato M, Thonke S, Strzelczyk A, Hedtmann G, Neumann-Haefelin T, Kollmar R, Singer OC, Ferbert A, Steiner T, Steinmetz H, Reihls A, Misselwitz B, Foerch C.

Cerebrovasc Dis. 2016 Jul 21;42(5-6):415-420

Admission Hypothermia in Very Preterm Infants and Neonatal Mortality and Morbidity.

Wilson E, Maier RF, Norman M, Misselwitz B, Howell EA, Zeitlin J, Bonamy AK; Effective Perinatal Intensive Care in Europe (EPICE) Research Group..

J Pediatr. 2016 Aug;175:61-67.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.016.

In-Hospital Mortality and Complication Rates in Surgically and Conservatively Treated Patients with Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Central Europe: A Population-Based Study.

Stein M, Hamann GF, Misselwitz B, Uhl E, Kolodziej M, Reinges MH.

World Neurosurg. 2016 Apr;88:306-10. doi: 10.1016/j.wneu.2015.11.075.

In-hospital mortality after pre-treatment with antiplatelet agents or oral anticoagulants and hematoma evacuation of intracerebral hematomas.

Stein M, Misselwitz B, Hamann GF, Kolodziej M, Reinges MH, Uhl E.

J Clin Neurosci. 2016 Apr;26:42-5. doi: 10.1016/j.jocn.2015.05.069.

Defining Prolonged Length of Acute Care Stay for Surgically and Conservatively Treated Patients with Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Population-Based Analysis.

Stein M, Misselwitz B, Hamann GF, Kolodziej MA, Reinges MH, Uhl E.

Biomed Res Int. 2016;2016:9095263. doi: 10.1155/2016/9095263.

9. Anhang

Leseanleitung zu den Abbildungen

Übersicht Qualitätsindikatoren Farbliche Bewertung der Ergebnisse

	Ziel erreicht, Ergebnis erreicht gewünschte Rate
	Ergebnis erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
	Ergebnis im Warnbereich zwischen Ziel u. Auffälligkeit
	Ergebnis auffällig, jedoch nicht signifikant
	Ergebnis signifikant auffällig
	kein Referenzbereich definiert
	Sentinel Event
	Datenvalidierung nicht auffällig
	Datenvalidierung auffällig

Erläuterung der farblichen Bewertung anhand einer League-Table

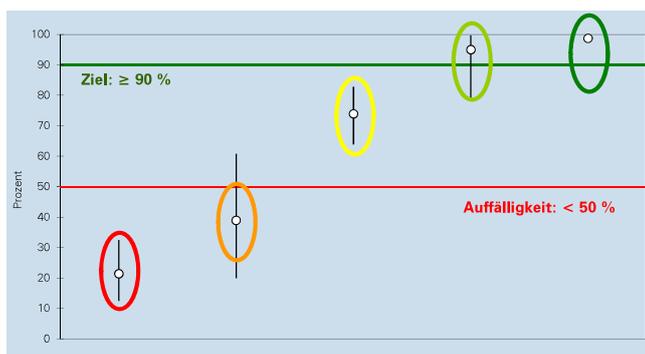


Abb. 1

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

Unterschied rechnerische vs. statistische Auffälligkeit

Bei einer rechnerischen Auffälligkeit handelt es sich um die Abweichung des Ergebnisses in einem Qualitätsindikator von dessen definiertem Referenzbereich, ohne Berücksichtigung von Fallzahlen und Konfidenzintervallen.

Eine statistische Auffälligkeit liegt vor, wenn das Ergebnis signifikant unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle und Fallzahlen vom festgelegten Referenzbereich abweicht.

Bundesbezogene direkte QS-Verfahren

Diese QS-Verfahren werden aufgrund der kleinen Anzahl durchführender Leistungserbringer direkt vom IQTIG betreut. Es handelt sich dabei zurzeit um die Verfahren der Transplantationsmedizin und Herzchirurgie (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

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“ Unplausibilität 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 GQH 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 Unterdokumentation (< 95 % Vollzähligkeitsrate) sowie eine Überdokumentation (> 110 %) führt 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) (Qualitätsreport 2017 IQTIG)

Erfassungsjahr

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

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) (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

Länderbezogene indirekte Verfahren

Diese Verfahren betreffen vergleichsweise viele Leistungserbringer und werden daher auf Landesebene von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) bzw. Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) betreut (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

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 (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

O/E (observed/expected)

O/E bezeichnet das Verhältnis der beobachteten Rate (observed, O) eines interessierenden Ereignisses zur erwarteten Rate (expected, E). 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 er-

warteten 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 intreressierenden 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. (Qualitätsreport 2017 IQTIG)

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's vom IQTIG erstellt werden. Die Berichte gehen an die LQS, die diese an die Krankenhäuser weiterleitet. Auffälligkeiten in den Quartals- oder rollierenden Jahresauswertungen sollen zu Mitteilungen an das Krankenhaus durch die LQS 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).

Qualitätsindikatoren

Konstrukt, das aus Versorgungsdaten nachvollziehbare Bewertungen der Versorgungsqualität ableitet. Jeder Qualitätsindikator hat ein Qualitätsziel, ein spezifisches Dokumentations- und Messverfahren und ein Bewertungskonzept. Das

Indikatorergebnis für einen Leistungserbringer wird basierend auf dem Referenzbereich als rechnerisch auffällig oder unauffällig bewertet (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

Rechnerische Auffälligkeit

Eine rechnerische Auffälligkeit liegt vor, wenn das Ergebnis eines Qualitätsindikators für einen Leistungserbringer außerhalb des Referenzbereichs liegt. Rechnerische Auffälligkeiten ziehen üblicherweise eine weitere Beurteilung nach sich (Strukturierter Dialog /Stellungnahmeverfahren), bei der entschieden wird, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

Referenzbereich

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

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.

Risikostatistik

Jedes Krankenhaus muss jährlich, neben einer Sollstatistik, auch eine Risikostatistik erstellen und an die Landesannah-

menstelle (GOH) übermitteln. Es handelt sich hier um einen Bestandteil der QS-Spezifikation. Ab dem Verfahrensjahr 2018 erfolgt die Erstellung der Risikostatistik fallbezogen, d. h. für jeden Fall wird eine Zeile in der Risikostatistik dargestellt.

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).

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Durch die Einführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (gemäß § 137a SGB V) wurden Strukturen und verfahrenstechnische Grundlagen durch den G-BA geschaffen, die es ermöglichen, Leistungen unterschiedlicher Leistungserbringer (Kliniken und niedergelassene Ärzte) zu erfassen, um deren Qualität zu vergleichen.

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 oder Stellungnahmeverfahren nach sich zieht, bei der entschieden wird, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

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) (Qualitätsreport 2017 IQTIG).

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. Dies erhöht die Dokumentationsqualität und sorgt für ein höchstes Maß an Datenschutz. (<https://iqtig.org/datenerfassung/spezifikationen/>)

Stationäre externe Qualitätssicherung

Das Hauptziel der externen stationären Qualitätssicherung (gemäß § 137a SGB V) ist, die medizinische und pflegerische Leistung der Kliniken qualitativ zu verbessern und vergleichbar zu machen. Anhand definierter Qualitätsmerkmale (Qualitätsindikatoren) wird in ausgewählten Leistungsbereichen die Behandlung aller stationär aufgenommen Patienten dokumentiert. Diese Daten werden anschließend an die Landesgeschäftsstellen (in Hessen GQH) und an das IQTIG geliefert. Hier werden die Daten der externen Qualitätssicherung (QS-Daten) ausgewertet. Bei mangelhaften und auffälligen Ergebnissen werden seitens der Landesgeschäftsstelle oder des IQTIG entsprechende Maßnahmen zur Besserung durchgeführt.

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

Bei Abteilungen mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (Ergebnis eines Qualitätsindikators liegt außerhalb eines bundes- oder landesweit definierten Referenzbereiches) wird in Abstimmung mit dem jeweiligen Fachausschuss ein sogenannter Strukturierter Dialog eingeleitet. Hierbei wird zur Klärung eines oder mehrerer abweichender Ergebnisse Kontakt mit den verantwortlichen Personen des Krankenhauses aufgenommen. Dies geschieht entweder durch explizite Hinweise (ggf. Empfehlungen) oder auch durch

Einfordern einer schriftlichen Stellungnahme. Diese werden anonymisiert an den Fachausschuss 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 werden kann bzw. wenn die Ergebnisse auch über mehrere Jahre auffällig bleiben, hat der Fachausschuss die Möglichkeit, zu einem Kollegialen Gespräch einzuladen und/oder eine Begehung vor Ort durchzuführen. Erst bei erfolgloser Ausschöpfung all der genannten Maßnahmen wird der Lenkungsausschuss informiert. Dieser beschließt dann die weitere Vorgehensweise.

Transparenzkennzahl

Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog 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. (www.iqtig.de)

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 (Qualitätsreport IQTIG).

Abkürzungsverzeichnis

4MRGNs. MRGN	HGVHüftgelenkversorgung
ADSRArbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register	HHygVoHessische Hygieneverordnung
AKAuffälligkeitskriterium	HIHirninfrakt
AK-IDIdentifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums	HKGHessische Krankenhausgesellschaft e. V.
AOKAllgemeine Ortskrankenkasse, gesetzliche Krankenversicherung	HMSIHessisches Ministerium für Soziales und Integration
ASAAmerican Society of Anesthesiologists (Schema zur Klassifikation von Patient*innen nach Risikogruppen)	HSMDEFHerzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren
BIBarthel-Index (Instrument zur Messung der Fähigkeiten zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag)	IATIntraarterielle Therapie
BPDBronchopulmonale Dysplasie	ICBIntrazerebrale Blutung
CHECholezystektomie	ICDInternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen)
CTComputertomografie	IDIdentifikationskennzahl
DAVersorgungsgebiet Darmstadt	IQTIGInstitut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
DASDatenannahmestelle	INVNInterdisziplinäres Neurovaskuläres Netzwerk Rhein-Main
DEKDekubitusprophylaxe	i.V.m.in Verbindung mit
DeQS-RLRichtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung	KBkeine Bewertung
DIALDialyse	KEPKnieendoprothesenversorgung
DKGDeutsche Krankenhausgesellschaft	KEP_IMPKnieendoprothesenimplantation
DS/DSADigitale Subtraktionsangiografie	KEP_WEKnieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel
DVDatvalidierung	KG.....Kollegiale Fachgespräche
E-E-ZeitZeit vom Entschluss zur Notsectio bis zur Entbindung	KHKrankenhaus
EJErfassungsjahr	KSVersorgungsgebiet Kassel
FASTSchlaganfallconSortium Rhein-Neckar	KSVkein Stellungsnahmeverfahren
FD-HEFVersorgungsgebiet Fulda - Bad Hersfeld	KVKassenärztliche Vereinigung
FFM-OFVersorgungsgebiet Frankfurt am Main - Offenbach	LÄKHLandesärztekammer Hessen
FRBIFrührehabilitations-Barthel-Index	LAGLandesarbeitsgemeinschaft
G-BAGemeinsamer Bundesausschuss	LAGQHLandesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
GbRGesellschaft bürgerlichen Rechts	LBLeistungsbereich
GI-MRVersorgungsgebiet Gießen - Marburg	LELeistungserbringer
GKiKPGesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	MACCEmajor adverse cardiac and cerebrovascular events (schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen)
GKVGesetzliche Krankenversicherung	MDMedizinischer Dienst
GQHGeschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen	MDSMinimaldatensatz
GYN-OPGynäkologische Operationen	MREMultiresistente Erreger
HHinweis	MRGNMultiresistente gramnegative Erreger
HEHessen	MRSAMethicillin-resistenter Staphylococcus aureus
HEPHüftendoprothesenversorgung	MRMagnetresonanz
HEP_IMPHüftendoprothesenimplantation	MRTMagnetresonanztomografie
HEP_WEHüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	NAnzahl
HER2 human epidermal growth factor receptor 2 (epidermaler Wachstumsfaktor)	

NIH-SS	National Institut of Health Stroke Scale	SGB	Sozialgesetzbuch
NWIEA	Nosokomiale Wundinfektionen - ambulant	SNV	Stellungnahmeverfahren
NWIES	Nosokomiale Wundinfektionen - stationär	SO	Standort
NWIF	Nosokomiale Wundinfektion	SSW	Schwangerschaftswoche
n. b.	nicht berechnet	Stat	stationär
n. d.	nicht definiert	SU	Stroke Unit
O/E	Verhältnis der beobachteten (o bserved) zur erwarteten (e xpected) Rate	SV	Stellungnahmeverfahren
OP	Operation	TIA	Transitorisch Ischämische Attacke
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel	TICI	Thrombolysis in Cerebral Infarction
PB	Patientenbefragung	Tsd.	Tausend
PCI	Perkutane Koronarintervention	VDEK	Verband der Ersatzkassen e. V.
PD	Privatdozent	VG	Versorgungsgebiet
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie	VHF	Vorhofflimmern
PEJ	Perkutane endoskopische Jejunostomie	VK	Vollkraft
PfIBG	Pflegeberufegesetz	WI-LM	Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg
PID	Patienten Identifizierende Daten	WWD	Verweildauer
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	WI	Wundinfektion
PNEU	Pneumonie	WI-A	Wundinfektion ambulant
POA	Present on Admission	WI-S	Wundinfektion stationär
QA	qualitativ auffällig		
QB	Qualitätsbericht		
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser		
Qesü-RL	Richtlinie über einrichtungs- und sektorübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung		
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene		
QI	Qualitätsindikator		
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators		
QM	Qualitätsmanagement		
QS	Qualitätssicherung		
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern		
QSFFx-RL	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur		
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten		
QU	qualitativ unauffällig		
r.a.E.	rechnerisch auffällige Ergebnisse		
RL	Richtlinie		
SAB	Subarachnoidalblutung		
SD	Strukturierter Dialog		
SE	Sentinel Event		

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 Patientinnen und Patienten 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.

Teil C des Qualitätsberichtes umfasst die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135a Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V. In diesem Abschnitt werden zum einen die erbrachten Fallzahlen in den einzelnen Leistungsbereichen sowie die Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL veröffentlicht. Die veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren zu den Verfahren gem. DeQS-RL (QS-PCI) sind nicht aufgeführt.

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

(<https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#/search>)

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 dargestellt. Die Darstellung erfolgt thematisch nach Leistungsbereichen und ist regional nach Postleitzahlen sortiert. Die Bewertung der Qualitätsindikatoren erfolgte bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen durch die jeweiligen Fachausschüsse in Hessen.

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	Bewertung	Begründung
Bewertung nicht vorgesehen, da kein Ergebnis vorliegt		
Bewertung nicht vorgesehen	N01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitativ unauffällig bzw. Ergebnis liegt im Referenzbereich		
Ergebnis liegt im Referenzbereich	R10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ unauffällig	U31	Besondere klinische Situation
	U32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	U33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Keine Aussage zur Qualität möglich		
Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	H20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Sonstiges	S90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierter Dialog
	S99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	D50	Unvollständige oder falsche Dokumentation
	D51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
	D99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitativ auffällig		
Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig	A41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
	A42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt

Geburtshilfe/Neonatologie

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	16/1 Geburtshilfe										NEO Neonatologie											
				N	Geburtshilfe										N	Neonatologie									
					318	330	1058	50045	51803	51821	52249	181800	50060	50062		50063	50069	50074	51070	51901	52262				
Nordhessen																									
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	607	U33	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508	320	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	1.920	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	2.394	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	648	R10	R10	R10	R10	R10	U32	R10	R10		
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	330	N01	N01	A42	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Schwalmtal	Asklepios Klinik Schwalmtal	773531	530	U32	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
Mittelhessen																									
	Dillenburg	Lahn-Dill-Kliniken	771878	509	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	597	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Baisersche Stiftung	772166	1.424	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	1.755	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	1.092	R10	R10	R10	R10	R10	U32	R10	R10		
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	1.134	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	2.074	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	413	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Wetzlar	Lahn-Dill-Kliniken	771876	646	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
Osthessen																									
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	889	R10	U33	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	94	R10	U32	R10	R10	R10	R10	R10			
	Eschwege	Klinikum Verra Meißner	772876	401	U32	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda	771197	1.035	N01	N01	R10	R10	R10	A41	R10	R10	R10	R10											
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	1.541	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	413	R10	R10	R10	R10	R10	U32	R10	R10		
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	433	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
Frankfurt a. M.																									
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	4.101	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	376	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Frankfurt a. M.	Clementine Kinderhospital	771983												255	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Frankfurt a. M.	Hospital zum heiligen Geist	771238	1.140	U32	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	2.138	A41	R10	U33	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	593	R10	R10	R10	R10	R10	U33	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	543	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347	1.497	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	1.056	U33	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	5	N01	N01	R10	N01	R10	R10	N01			
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	1.734	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	483	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
Westhessen																									
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken	772998	1.539	U33	U33	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Bad Nauheim	GZ Wetterau, Hochwaldkrankenhaus	771758	1.072	A41	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	1.206	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	1.549	U33	U33	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	172	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	1.247	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	433	U32	R10	R10	H20	R10	R10	R10			
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	867	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	1.970	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	650	R10	R10	A42	R10	R10	U32	R10			
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	1.541	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	8	N01	R10	N01	N01	R10	U33	N01			
Südosthessen																									
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken	772471	1.644	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	216	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	1.372	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	278	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10			
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	913	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	787	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	677	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	1.465	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	504	R10	R10	R10	R10	R10	U32	R10			
Südthessen																									
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	1.621	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Darmstadt	Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	771715												926	R10	R10	R10	R10	R10	U32	R10			
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	2.444	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	522	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	400	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	1.042	U32	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10											

Karotis-Revaskularisation/Dekubitusprophylaxe/Ambulant erworbene Pneumonie

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	10/2 Karotis-Revaskularisation													DEK Dekubitusprophylaxe		PNEU Ambulant erw. Pneumonie												
				N	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose offen-chirurgisch		Indikation bei symptomatischer Karotisstenose offen-chirurgisch		Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod offen-chirurgisch (O/E)		Keine Postproz. fachneuro. Untersuchung trotz postproz. neu. aufgetret. neural. Defizit		Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose kathetergestützt		Indikation bei symptomatischer Karotisstenose kathetergestützt		Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod kathetergest. (O/E)		Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - periproz. Schlaganfälle oder Tod b. asymp. Karotisstenose/simultan m. Bypass. offen-chirurg.		N	Stationär erworbener Dekubitus Grad/Kategorie 2-3 (O/E)		N	Ambulant erw. Pneumonie						
					603	604	11704	161800	51437	51443	51873	51889	51860	52240	52009	52010	2005	2009	2013	2028		50722	50778								
Nordhessen																															
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509																91	R10	R10	138	R10	H20	A41	R10	R10	R10			
	Bad Emstal	Vitos Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie	771279																8	R10	R10										
	Bad Wildungen	Asklepios Fachklinik Fürstenhof	773358																11	R10	R10										
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	5	R10	R10	R10	N01	N01	N01		R10	N01	N01					190	R10	D50	107	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10		
	Bad Wildungen	Mediclin Klinik für Akutpsychosomatik	773151																<4	R10	R10										
	Bad Wildungen	m5i-Parkland-Klinik	772225																<4	R10	R10										
	Bad Wildungen	Neurologische Klinik Westend	772008																300	R10	R10										
	Bad Wildungen	Werner-Wicker-Klinik	771171																272	R10	R10	<4	R10	N01	N01	N01	N01	N01	N01		
	Bad Zwesten	Hardtwaldklinik I	771911																43	R10	R10	4	R10	N01	N01	N01	N01	R10	N01		
	Bad Zwesten	Hardtwaldklinik II	772292																<4	R10	R10										
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	19	R10	R10	R10	R10	R10	N01	N01	R10	R10	N01	N01				133	R10	R10	160	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Hofgeismar	Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen	772513																88	R10	R10	<4	H20	N01	R10	H20	H20	H20	H20		
	Hofgeismar	Kreis Klinik Hofgeismar	772508																58	R10	R10	83	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Hofgeismar	Vitos Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie	771276																<4	R10	R10										
	Immenhausen	Fachklinik für Lungenerkrankungen	772280																50	R10	R10	65	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	46	R10	R10	R10	R10	N01	N01	N01	R10	N01	N01					247	R10	A41	210	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027																188	R10	R10	259	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	DRK-Klinik Wehlheiden	772805																160	R10	R10	219	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	87	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10					432	R10	R10	415	R10	R10	D50	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Ludwig-Noll Krankenhaus	772564																<4	R10	R10										
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764																90	R10	R10	84	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Kassel	Paracelsus-Elena-Klinik	771912																12	R10	R10										
	Kassel	Vitos Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie	771272																<4	R10	R10										
	Kassel	Vitos Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie	771283																<4	R10	R10										
	Kassel	Vitos Orthopädische Klinik	771064																21	R10	R10										
	Kaufungen	DRK-Klinik Kaufungen	772339																53	R10	R10	<4	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	5	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	R10	N01	N01					186	R10	U32	282	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Melsungen	Asklepios Klinik Melsungen	773530																59	R10	R10	77	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	35	R10	R10	R10	R10	N01	N01	N01	R10	N01	N01					176	R10	R10	293	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Schwalmsstadt	Hephata Klinik	771789																9	R10	R10	4	H20	N01	H20	R10	H20	N01			
	Volkmarsen	St. Elisabeth Krankenhaus Volkmarsen	771765	213	R10	R10	R10	R10	N01	N01	N01	R10	N01	N01					6	R10	R10										
	Wolfhagen	Kreis Klinik Wolfhagen	772507																28	R10	R10	31	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
Mittelhessen																															
	Bad Endbach	Hessische Bergland-Klinik Koller	773493																82	R10	R10	143	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Bad Endbach	Rheumazentrum Mittelhessen	773719																<4	R10	R10										
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873																51	R10	R10										
	Braunfels	ATOS Orthopädische Klinik Braunfels	772097																<4	R10	R10										
	Braunfels	BDH - Neurologische Klinik	772938																91	R10	R10										
	Braunfels	Lahn-Dill-Kliniken	771877																74	R10	R10	4	H20	H20	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Dillenburg	Lahn-Dill-Kliniken	771878	4	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	R10	N01	N01					138	R10	R10	103	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Ehringshausen	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus	772975	6	R10	N01	R10	N01	N01	N01	N01	R10	N01	N01					23	R10	R10	8	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankenberg	Kreis Krankenhaus Frankenberg	772704																124	R10	R10	202	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772884	19	R10	R10	R10	N01	N01	N01	N01	R10	N01	N01					251	H20	R10	174	R10	H20	H20	H20	R10	R10	R10	R10	
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Biersbacher Stiftung	772166																198	R10	R10	96	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	72	R10	R10	R10	N01	U32	R10	R10	R10	R10	N01					744	R10	R10	369	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Gießen	Vitos Gießen-Marburg	772611																28	R10	R10										
	Haina	Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	771592																13	R10	U32										
	Herborn	Vitos Klinik Herborn	772634																<4	R10	R10										
	Leun-Biskirchen	Gertrudis Klinik Parkinson-Zentrum	771919																15	R10	R10										
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723																263	R10	U32	184	R10	R10	R10	A41	A41	R10			
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338																51	R10	D50	209	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10	R10	
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	121	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10					632	R10	D50	567	R10	R10	A41	R10	R10	R10	R10	R10	
	Marburg	Vitos Gießen-Marburg	772612																9	R10	R10										
	Weilburg	Kreis Krankenhaus Weilburg	771397																218	R10	D50	142	R10	A41	H20	R10	R10	R10	R10	R10	
	Weilmünster	Vitos Klinik für Neurologie Weilmünster	772808																62	R10	R10	16	R10	H20	R10	R10	R10	R10</			

Implantierbare Defibrillatoren

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	09/4 Defibrillatoren-Erstimplantation													09/5 Wechsel			09/6 Defibrillatoren-Revision		
					131801	131802	132001	132002	50005	50095	51186	52131	52316	52325	141800	52321	151800	51196	52324				
					Fälle mit erhöhtem Dosis-/Flächen-Produkt (O/E)	Nicht sonderbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation	Leitlinienkonforme Systemwahl	Leitlinienkonforme Indikation	Sterblichkeit (O/E)	Eingriffsdauer	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	Sondendiagnostik / Sondendysfunktion	Nicht sonderbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechsel	Nicht sonderbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	Sterblichkeit (O/E)	Sondendiagnostik / Sondendysfunktion				
Nordhessen																							
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	<4	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	6	R10	R10	<4	R10	R10	R10		
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	<4	U32	R10	R10	H20	R10	U32	R10	U32	R10	4	R10	R10	<4	R10	R10	R10	N01		
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	29	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	10	R10	R10	8	R10	R10	R10			
	Hofgeismar	Kreislinik Hofgeismar	772508											5	R10	R10							
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	20	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	5	R10	H20	4	R10	R10	R10			
	Kassel	DRK-Klinik Wehlheiden	772805	41	R10	R10	R10	R10	R10	U33	R10	R10	R10	38	R10	R10	56	H20	R10	R10			
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	12	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10	<4	R10	R10							
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	102	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	38	R10		68	H20	R10	R10			
	Kassel	Marienkrankenhaus Kassel	771764	<4	U33	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				4	R10	R10	R10			
	Kaufungen	DRK-Klinik Kaufungen	772339	<4	R10	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10										
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	6	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	<4	R10	R10	<4	R10	R10	R10			
	Melsungen	Asklepios Klinik Melsungen	773530											<4	R10	R10							
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	13	R10	U32	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	10	H20	R10	6	R10	R10	R10			
Mittelhessen																							
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	<4	R10	R10	R10	R10	R10	U33	R10	R10	R10	R10	<4	R10	R10	<4	R10	R10	R10	N01	
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704											<4	R10	U32	<4	R10	R10	R10	N01		
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	34	R10	H20	H20	R10	R10	R10	R10	R10	R10	12	R10	R10	20	R10	R10	R10	R10		
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	77	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	H20	R10	40	R10	R10	48	R10	R10	R10	R10		
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	52	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10	R10	33	R10	R10	54	R10	R10	R10	R10		
	Wetzlar	Lehr-Diil-Kliniken	771876	59	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	10	R10	R10	10	R10	R10	R10	R10		
Osthessen																							
	Alsfeld	Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises	771129	20	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	21	R10	R10	10	R10	R10	R10	R10		
	Eschwege	Klinikum Werra-Meißner	772876	40	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	27	R10	R10	20	R10	R10	R10	R10		
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	84	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	23	R10	R10	28	H20	R10	R10	R10		
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	<4	H20	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	12	R10	R10							
	Rotenburg a. d. Fulda	Herz- und Kreislaufzentrum	771267	38	R10	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	25	H20	R10	18	R10	R10	R10	R10		
Frankfurt																							
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Bethanien Krankenhaus	772736	84	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	33	R10	R10	54	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	<4	R10	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	<4	R10	U33							
	Frankfurt a. M.	Hospital zum Heiligen Geist	771238	7	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10				<4	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	47	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	25	R10	R10	20	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	39	R10	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	12	R10	R10	9	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	16	R10	R10	R10	R10	R10	U33	R10	R10	R10				<4	R10	R10	R10	R10		
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Sachsenhausen	771347											<4	R10	R10							
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	11	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	<4	R10	R10							
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	55	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10	30	R10	R10	28	U32	R10	R10	R10		
Westhessen																							
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken	772998	22	R10	H20	H20	R10	R10	R10	H20	R10	R10	10	R10	R10	18	R10	R10	R10	R10		
	Bad Nauheim	Kerckhoff-Klinik	772431	207	R10	R10	R10	R10	R10	U33	R10	R10	R10	62	R10	R10	170	U32	R10	R10	R10		
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	35	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	<4	R10	R10	12	R10	R10	R10	R10		
	Friedberg	GZ Wetterau, Bürgerhospital	771759											<4	R10	R10							
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	53	R10	A42	R10	R10	R10	U33	R10	R10	R10	U32	7	R10	15	H20	R10	R10	R10		
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	48	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	14	R10	R10	5	R10	R10	R10	R10		
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	45	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	21	R10	R10	18	R10	R10	R10	R10		
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	60	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	8	R10	R10	10	R10	R10	R10	R10		
Südosthessen																							
	Gelnhausen	Main-Kinzig-Kliniken, Standort Gelnhausen	772471	22	R10	U32	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U32	10	H20	R10	5	R10	R10	R10	R10	
	Hanau	Klinikum Hanau	771648	29	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	12	R10	R10	10	R10	R10	R10	R10		
	Hanau	St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau	772141	<4	R10	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	<4	R10	R10	<4	R10	R10	R10	N01		
	Langen	Asklepios Klinik Langen	772654	35	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	9	R10	R10	5	R10	R10	R10	R10		
	Offenbach	Ketteler-Krankenhaus	771398	6	R10	R10	R10	R10	H20	H20	R10	R10	R10	<4	R10	R10	<4	R10	R10	R10	R10		
	Offenbach	Sana Klinikum Offenbach	772356	42	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	11	R10	R10	7	R10	R10	R10	R10		
	Seligenstadt	Asklepios Klinik Seligenstadt	772588	<4	R10	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	<4	R10	R10							
Südwesthessen																							
	Bad König	Asklepios Schloßberg Klinik	772486	<4	R10	R10	R10	R10	R10	S99	R10	S99	R10	R10									
	Bensheim	Heilig-Geist-Hospital	772453	<4	D50	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10										
	Darmstadt	Agaplesion Elisabethenstift	772448	<4	R10	U32	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10										
	Darmstadt	Alice-Hospital Darmstadt	771432	28	R10	U32	R10	R10	R10	U33	R10	R10	R10	U32	31	R10	R10	14	R10	R10	R10		
	Darmstadt	Klinikum Darmstadt	771807	17	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	19	R10	R10	<4	R10	R10	R10	R10		
	Erbach	Gesundheitszentrum Odenwaldkreis	771569	7	R10	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	<4	R10	R10							
	Groß-Umstadt	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg	772772	14	H20	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	6	R10	R10	<4	R10	R10	R10	R10		
	Heppenheim	Kreiskrankenhaus Bergstraße	772028	10	R10	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	14	R10	R10	<4	R10	R10	R10	R10		

Knieendoprothesenversorgung

Region	Ort	Krankenhausname	Standort	N	KEP												
					Knieendoprothesenversorgung												
					50481	54020	54021	54022	54028	54123	54124	54125	54127	54128	54129	54130	
Nordhessen																	
	Bad Arolsen	Krankenhaus Bad Arolsen	772509	81	R10	R10	N01	R10	R10								
	Bad Wildungen	Asklepios Stadtklinik	773158	161	R10	R10	N01	R10	R10								
	Fritzlar	Hospital zum Heiligen Geist	772956	54	R10	R10	N01	R10	R10								
	Hofgeismar	Kreisklinik Hofgeismar	772508	<4	H20	N01	R10	R10									
	Kassel	Agaplesion Diakonie Kliniken	772094	147	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Kassel	DRK-Klinik Wehlheiden	772805	40	R10	R10	R10	U33	R10	R10							
	Kassel	Elisabeth Krankenhaus	773027	195	R10	R10	R10	H20	R10	R10							
	Kassel	Klinikum Kassel	772565	46	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10
	Korbach	Stadtkrankenhaus Korbach	772662	97	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Melsungen	Asklepios Klinik Melsungen	773530	14	N01	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10
	Schwalmsstadt	Asklepios Klinik Schwalmsstadt	773531	137	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10
Mittelhessen																	
	Biedenkopf	DRK-Krankenhaus Biedenkopf	771873	31	R10	R10	N01	R10	R10								
	Braunfels	ATOS Orthopädische Klinik Braunfels	772097	527	R10	R10	H20	H20	R10	R10							
	Dillenburg	Lahn-Dill-Kliniken	771878	81	R10	R10	R10	D50	R10	H20							
	Frankenberg	Kreiskrankenhaus Frankenberg	772704	82	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Agaplesion Evangelisches Krankenhaus	772864	92	R10	R10	N01	R10	R10								
	Gießen	St. Josefs Krankenhaus Baisersche Stiftung	772166	245	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Gießen	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773411	120	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Lich	Asklepios Klinik Lich	771723	265	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Marburg	Diakonie-Krankenhaus Wehrda	771338	160	R10	R10	N01	R10	R10								
	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg	773132	74	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Weilburg	Kreiskrankenhaus Weilburg	771397	153	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Wetzlar	Lahn-Dill-Kliniken	771876	63	R10	R10	N01	R10	U32								
Osthessen																	
	Alsfeld	Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises	773470	60	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Hersfeld	Klinikum Bad Hersfeld	771129	5	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10
	Bad Hersfeld	Orthopädie Bad Hersfeld	771099	434	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Eschwege	Klinikum Werra Meißner	772876	41	R10	R10	N01	R10	R10								
	Fulda	Dalberg Klinik	772982	55	R10	A41	N01	R10	R10								
	Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda	771197	144	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Fulda	Klinikum Fulda	772144	175	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	N01
	Fulda	Klinikum Fulda	772145	79	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hessisch Lichtenau	Orthopädische Klinik	773162	606	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Hünfeld	Helios St. Elisabeth Klinik	772593	49	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10
	Lauterbach	Krankenhaus Eichhof	772726	122	R10	R10	H20	R10	D50	R10	R10						
	Rotenburg a. d. Fulda	Kreiskrankenhaus Rotenburg a. d. Fulda	771904	112	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Schlichtern	Main-Kinzig-Kliniken	772469	120	N01	R10	R10	N01	R10	R10							
Frankfurt																	
	Frankfurt a. M.	Agaplesion Markus Krankenhaus	772737	140	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	773516	203	R10	R10	R10	R10	R10	A41	H20	R10	R10	H20	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	Bürgerhospital	771984	67	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	H20	U32	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Hospital zum Heiligen Geist	771238	40	R10	R10	N01	R10	R10								
	Frankfurt a. M.	Klinik Rotes Kreuz	771561	1160	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Klinikum Frankfurt-Höchst	773233	105	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Krankenhaus Nordwest	771237	<4	N01	N01	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	N01	
	Frankfurt a. M.	Orthopäd. Universitätsklinik Friedrichsheim	772194	163	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10	R10	U32	R10	
	Frankfurt a. M.	Sankt Katharinen-Krankenhaus	772451	27	R10	R10	N01	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	R10	R10	
	Frankfurt a. M.	St. Elisabethen-Krankenhaus	773559	188	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Frankfurt a. M.	Universitätsklinikum Frankfurt	772858	6	R10	N01	N01	H20	R10	N01	N01	R10	R10	R10	R10	R10	
Westhessen																	
	Bad Homburg	Hochtaunus-Kliniken	772998	154	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10
	Bad Nauheim	GZ Wetterau, Hochwaldkrankenhaus	771758	73	N01	R10	R10	N01	R10	R10	R10	R10	N01	R10	R10	R10	
	Bad Soden	Kliniken des Main-Taunus-Kreises	773347	27	R10	R10	R10	R10	H20	R10	R10	R10	U32	R10	R10	R10	
	Idstein	Helios Klinik Idstein	772169	129	R10	R10	H20	H20	R10	H20	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Limburg	St. Vincenz Krankenhaus	772912	87	H20	R10											
	Rüdesheim	St. Josefs-Hospital Rheingau	772961	148	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Rüsselsheim	GPR-Klinikum Rüsselsheim	771061	369	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Wiesbaden	Asklepios Paulinen Klinik	773037	152	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	
	Wiesbaden	Helios Aukamm-Klinik	772313	324	R10	R10	R10	D50	R10								
	Wiesbaden	Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken	773371	65	R10	R10	R10	U33	R10								
	Wiesbaden	St. Josefs-Hospital	772176	508	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	R10	U32	R10	R10	

Impressum:

Herausgeber: LAGQH GbR, Eschborn

Layout und Satz: LAGQH GbR, Eschborn

Druck und Bindung: WIRmachenDruck GmbH, Backnang

Quellennachweis Fotografie: Titel 185370881 stock.adobe.com, S. 4 www.bestechend.de, S. 5 LAGQH

© LAGQH GbR 2022

LAGQH

**Landesarbeitsgemeinschaft
Qualitätssicherung Hessen GbR**

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Telefon: (06196) 5 86 52 50

Telefax: (06196) 5 86 52 58

eMail: info@lagqh.de

Internet: www.lagqh.de